Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentl. in Nummern von mindestens 3–4 Bogen. Preis vierteljährl. 6 M., unter Band nach dem Ausland M. 7.50 im Voraus zahlbar. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu addressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustr. 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 50. 13. December 1898. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 45. Jahrgang.

Originalien.

Die Photographie des Mageninnern.

Von Dr. *Fritz Lange*, Privatdocent der orthopädischen Chirurgie in München und Dr. *Meltzing*, prakt. Arzt in Duisburg a. Rh.

Die Erfindung eines Apparates, der eine directe Besichtigung der Magenschleimhaut am Lebenden gestattet, ist seit lange ein Bedürfniss für die Diagnostik der Magenkrankheiten. Die Erkenntniss der gröberen Veränderungen der Magenschleimhaut bei den verschiedenen Formen des Katarrhs und bei Anomalien der Saftproduction, die Diagnose des Ulcus ventriculi und besonders die des beginnenden Magencarcinoms würde durch ein leicht zu handhabendes, völlig ungefährliches Gastroskop ungemein gefördert und die Therapie in bedeutsamster Weise beeinflusst werden. Der nächstliegende und bisher, so weit bekannt, ausschliesslich beschrittene Weg zur Erreichung dieses Zieles ist die directe Besichtigung des Mageninnern vom Munde aus. Die Instrumente, die diesem Zwecke dienen, tragen einen fernrohrartigen Charakter und lehnen sich eng an die Construction des Nitze'schen Cystoskops an. Objectiv und Lichtquelle liegen bei der Anwendung im Magen, das Ocular in der Mundhöhle. Beide, Ocular und Objectiv, sind durch eine von Anfang an starre (Mikulicz, Rosenheim) oder nach der Einführung starr gemachte Röhren (Nitze) mit einander verbunden. Das vollkommenste Instrument dieser Art ist zur Zeit das Rosenheim'sche Gastroskop. Wie verhältnissmässig wenig dies trotz aller Feinheit in der Ausführung leistet, sagt uns Rosenheim selbst mit den Worten: «Die Gastroskopie ist eine Untersuchungsmethode, die nur mit Vorsicht und bei gewissenhafter Auswahl der Fälle zur Anwendung kommen darf, die sehr viel Uebung und Erfahrung verlangt und recht umständlich ist.»

Die Diagnostik der Magenkrankheiten ist bisher durch die Erfindung des Gastroskops nicht gefördert worden. Wir sind überzeugt, dass auch künftighin in der Beziehung wenig von der Gastroskopie zu erwarten ist und es sei uns gestattet, dies durch wenige Betrachtungen zu begründen.

Um zum Magen zu gelangen, muss zunächst die Mundhöhle, dann der Schlund und schliesslich der Oesophagus und die Cardia von dem untersuchenden Instrument passirt werden. Es gilt, die fast rechtwinkelige Biegung in der Mundhöhle, die Abweichung des Oesophagus nach links von der Mittellinie und nach vorne und schliesslich auch den oft verschieden gelagerten und gewundenen subphrenischen Theil des letzteren zu überwinden. Dazu kommt noch, dass die Verhältnisse individuell erheblich verschieden sind. Der Bau des Thorax, die Länge desselben, das Lebensalter spielen dabei eine hervorragende Rolle. Diese Schwierigkeiten zu überwinden, bieten sich mehrere Wege. Einmal kann man den Weg vom Mund bis zum Magen in eine gerade Linie zwingen und dann ein gerades, dem Cystoskop ähnliches Instrument einführen. Dies ist der für den Erfinder bequemste, für den Patienten lästigste Weg. Ebenso gut, wie es professionelle Schwertschlucker gibt, so gibt es auch Kranke, die eine derartige Manipulation vertragen. Die Mehrzahl der Kranken wird sich aber gegen eine derartige Untersuchungsmethode sträuben, die mit so erheblichen Belästigungen und directen Gefahren — wie leicht kann durch das starre Instrument z. B. bei einem Ulcus eine Blutung ausgelöst werden! — verknüpft ist, und gerade bei elenden Kranken, wo eine schnelle Diagnose am wichtigsten ist, versagt aus dem Grunde die Gastroskopie mit einem geraden Instrument völlig. Es liegt nahe, die Belästigungen der Kranken dadurch zu verringern, dass man ein starres Instrument construirt, welches sich den einzelnen Windungen und Krümmungen des Weges vom Munde bis zum Magen möglichst anpasst, und auf diese Weise die directe Besichtigung der Magenschleimhaut zu ermöglichen. Allein die Anfertigung eines solchen Instrumentes bietet einmal ausserordentliche technische Schwierigkeiten und dann sind die Einführung des Instrumentes, die Bewegungen und Drehungen, wie sie zur Besichtigung des ganzen Mageninnern nothwendig sind, und endlich die Entfernung des Apparates genau so gefährlich und lästig, wie die Handhabungen des geraden Instrumentes. Dasselbe gilt von einem Gastroskop, das zunächst weich ist, nach der Einführung aber durch besondere Vorrichtungen in eine starre Röhre verwandelt wird.

In jedem Falle ist die directe Gastroskopie eine für die allgemeine Praxis nicht verwendbare Methode und wird es voraussichtlich auch niemals werden können, es sei denn, dass man mit Hilfe des Selens oder eines anderen durch das Licht elektrisch erregbaren Körpers ein dem Princip des Telephons ähnliches Instrument würde construiren können, welches durch elektrische Uebertragung die Lichtwellen aus dem Mageninnern an das Auge des Beobachters leitet.

Zur Zeit gibt es nach unserer Ueberzeugung nur eine Möglichkeit, eine ungefährliche und nicht beschwerliche Untersuchungsmethode für das Mageninnere zu finden. Das ist die indirecte Besichtigung desselben mittels der Photographie. Wenn es gelingt, ein chemisches Auge — einen photographischen Apparat — in den Magen zu versenken und dort mit Hilfe desselben nach allen Seiten hin Serienaufnahmen zu machen, so wird man nach Entwicklung der Platten eine ziemlich ausführliche, allerdings farblose Wiedergabe des Mageninnern erhalten können. —

Der Ausführung des an sich sehr einfachen Gedankens stellen sich sehr erhebliche technische Schwierigkeiten in den Weg. — Es handelt sich darum, eine photographische Camera, eine Lichtquelle und ein Plattenreservoir so zu construiren, dass sie sich bequem und ohne den Patienten mehr als eine gewöhnliche Magensondirung zu belästigen, in den Magen einführen lassen. Daneben muss eine Vorrichtung vorhanden sein, die das Auswechseln der Platten vom Munde aus gestattet und eine solche, um den Magen aufzublähen, um so seine Wände vor der Aufnahme zur Entfaltung zu bringen.

Wir haben Jahre gebraucht, um diese technischen Schwierigkeiten zu überwinden. Und wenn wir auch uns nicht verhehlen, dass der neue Weg, den wir eingeschlagen haben, noch ausgebaut werden muss, und dass der Apparat, den wir construirt haben, noch in vielen Einzelheiten verbesserungsbedürftig und verbesserungsfähig ist, so halten wir doch im Princip das Problem für gelöst[1].

[1] Auf die Idee, die Photographie zur Sichtbarmachung des Mageninnern zu benutzen, sind wir unabhängig von einander gekommen, lange, ehe wir uns überhaupt kennen lernten. Unsere

Die Construction des Apparates.

Unser Apparat besteht aus 3 Hauptheilen, dem Kopfstück (Fig. I u. II), dem Schlauch (Fig. III) und dem Kasten (Fig. VI).

Der wichtigste Theil ist das **Kopfstück.** Dasselbe setzt sich aus 3 Theilen zusammen: dem Plattenreservoir (Fig. I u. II), der Camera und dem Lampentheil. Es hat die Gestalt eines vorne abgerundeten 66 mm langen Rohres; dasselbe ist aus Messingblech angefertigt und hat eine lichte Weite von 11 mm.

Fig. I.

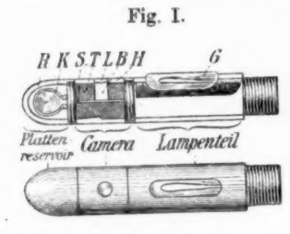


Fig. II.

Der unterste, 15 mm lange Theil bildet das Reservoir und ist durch ein Schraubengewinde mit der Camera, die 20 mm lang ist, verbunden. Oberhalb derselben befindet sich der 20 mm lange Lampentheil. — Das Reservoir ist mit einem ca. 40—50 cm langen, 5 mm breiten Filmstreifen gefüllt. Derselbe ist vollkommen auf-

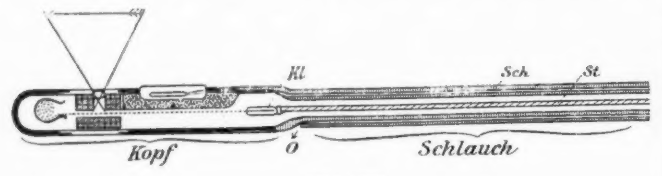


Fig. III.

gerollt und wird in dieser Lage durch einen Ω-förmigen Metallklemmer (Fig I K.) festgehalten. Er lässt sich durch einfaches Ziehen allmählich vollkommen abrollen und auf diese Weise durch die Camera hindurchführen. Diese besteht aus 2 Theilen, aus der Hülse (Fig. I u. IV. *H.*) und dem festen Theil (Fig. I u. IV. *T.*) Die Hülse ist die Fortsetzung des äusseren Rohres; sie ist in der Mitte zur Aufnahme der Linse (Fig. I. *L.*) durchbrochen. Dieselbe ist fest eingekittet. In die Hülse wird die Camera, die aus einem 10 mm langen, mit Messingblech umgebenen massiven Ebenholzzapfen besteht, eingeschoben. Derselbe wird durch eine Nute, in die ein zapfenartiger Vorsprung der Hülse eingreift, in seiner Lage so festgehalten, dass eine Drehung um seine Längsachse unmöglich ist. Der Ebenholzzapfen ist nach zwei Richtungen durchbohrt.

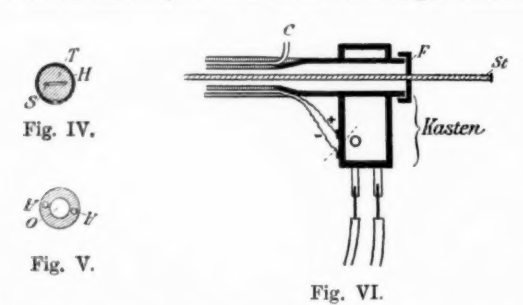


Fig. IV.

Fig. V.

Fig. VI.

Seiner Länge nach durchzieht ihn ein Spalt (Fig. I. *S.* und Fig. IV. *S.*), der dazu dient, den 4 mm breiten Filmsstreifen in der richtigen Entfernung von der Linse (6 mm) vorbeizuleiten. Ausserdem ist er in der Querrichtung zur Hälfte durchbohrt. Der Bohrcanal (Fig. I. *B.*) hat 4 mm im Lichten und trifft senkrecht auf den Spalt, durch den der Film gleitet. Er liegt, wenn der Zapfen in die Hülse eingeschoben ist, genau unter der Linse, so dass bei der Belichtung auf der Mitte des in der Camera liegenden Filmsstreifens ein rundes, 4 mm im Durchmesser haltendes und wesentlich verkleinertes Bild entworfen wird. —

Modelle unterschieden sich im Wesentlichen nur dadurch von einander, dass das Meltzing'sche Modell die Linse an der Spitze des Kopftheils hatte, und dass mittels desselben bei einer Einführung nur eine Aufnahme möglich war, während bei dem Lange'schen Modell die Linse seitlich angebracht war, und von vornherein mit einer grösseren Anzahl von Aufnahmen bei einer Einführung gerechnet wurde. Im Uebrigen haben wir in gemeinsamer Arbeit die sehr grossen Schwierigkeiten, welche die Ausführung unserer Idee bereitete, zu überwinden gesucht. Die Versuche wurden in den Jahren 1893—95 zum Theil gemeinsam in Rostock, in der medicinischen und chirurgischen Klinik und medicinischen Poliklinik und zum Theil von Lange allein im Kreiskrankenhaus zu Dessau ausgeführt. Allen Herren, deren Unterstützung wir uns dabei zu erfreuen hatten, Herrn G. O.-R. Prof. Thierfelder und Herrn Prof. Martius zu Rostock, Herrn G. R. Prof. Madelung, z. Zt. in Strassburg und Herrn G. R. Mohs in Dessau noch einmal herzlich an dieser Stelle zu danken, ist uns eine angenehme Pflicht.

Das Linsensystem, das im Princip das gleiche ist, wie bei dem Nitze'schen Cystoskop, muss so beschaffen sein, dass bei allen Entfernungen der Objecte, die im Magen in Betracht kommen, ein annähernd gleich scharfes Bild 6 mm hinter der hinteren Linsenfläche entsteht. Das Linsensystem, das wir benutzt haben, entsprach diesen Anforderungen noch nicht. Wenn das Object nur wenige Centimeter von der Linse entfernt war, wurde das Bild nicht genügend scharf, während bei grösserer Entfernung der Objecte die Aufnahmen unseren Wünschen entsprachen. Wie uns von fachmännischer Seite versichert wird, lässt sich dieser Fehler des bisher von uns benutzten Linsensystems beseitigen.

Der Lampentheil ist wiederum auf die Camera aufgeschraubt. Sein Inneres wird zur Hälfte durch die Glühlampe (Fig. I. *G.*) eingenommen. Diese wirft ihr Licht durch eine 16 mm lange und 7 mm breite Oeffnung in den Magen. Sie ist fest eingekittet, so dass kein Wasser in den Apparat dringen kann.

An das Kopfstück ist der 60 cm lange, weiche **Gummischlauch** (Fig. III. *Sch.*) befestigt. Derselbe hat einen Durchmesser von 11 mm und eine lichte Oeffnung von 6 mm (Fig. V. *O.*) Die $2^1/_2$ mm dicke Wandung ist in ihrer ganzen Länge von 2 je 1 mm im Lumen haltenden Seitencanälen (Fig. V. *A.*) durchzogen. Der eine dient dazu, um die Drahtleitung zur Lampe in sich aufzunehmen, der andere, um durch ein Gebläse Luft in den Magen gelangen zu lassen. Das Hauptlumen nimmt ein ca. 80 cm langer, dünner, biegsamer Fischbeinstab ein (Fig. III. *St.*) der am Ende mit einer Klammer (Fig. III. *Kl.*) versehen ist. Mittels dieser wird der Filmstreifen gefasst und durch Anziehen des Stabes zum Abrollen gebracht. Man kann so allmählich den ganzen Filmsstreifen durch die Camera ziehen und auf demselben in kurzer Zeit bis zu 50 Aufnahmen machen.

Am oberen Ende des Schlauches ist der **Kasten** (Fig. VI. *D.*) aufgesetzt. Er dient dazu, um durch eine mittels Druckknopf hergestellte Contactvorrichtung den Lampenstrom, der von einem 8zelligen Accumulator geliefert wird, beliebig zu öffnen und zu schliessen. Ausserdem ragt durch eine, durch einen Deckel (Fig. VI. *F.*) verschliessbare Oeffnung der eben beschriebene Fischbeinstab (*St.*) aus ihm hervor. An der Seite des Kastens, an einem Ansatz (Fig. VI. *C.*) befindet sich ein Doppelgebläse, welches mit dem in der Gummischlauchwandung befindlichen einen Seitencanal verbunden ist und zur Aufblähung des Magens dient. Die Luft tritt durch die Oeffnung (Fig. III. *O.*) in den Magen ein.

Als Plattenmaterial haben wir einen 5 mm breiten und 50 cm langen Filmsstreifen benutzt. Dieser wird mit Hilfe eines Doppelmessers zugeschnitten, aufgerollt und in die Metallklammer (Fig. III. *Kl.*) gebracht. Es empfiehlt sich, in der Dunkelkammer eine ganze Reihe solcher Filmspatronen herzustellen und einzeln in Staniolpapier gewickelt, lichtdicht aufzubewahren.

Die Technik der Magenphotographie.

Die Photographie des Magens lässt sich bei jedem Patienten, der an den Magenschlauch gewöhnt ist, ausführen und erfordert in der Regel nur 10—15 Minuten, von der Einführung bis zur Entfernung des Apparates gerechnet.

Wir sind gewöhnlich in der Weise vorgegangen, dass wir den Patienten am Abend vor der Magenphotographie nur flüssige Kost geniessen liessen. Am Morgen wurde dann der nüchterne Magen, der in allen Fällen noch verschlucktes Sputum und Schleim, und oft auch noch etwas Magensaft enthält, mit einer 1 prom. Sodawasserlösung gründlich ausgespült und möglichst vollkommen wieder entleert. Da sich der Magen nur in seltenen Fällen vollkommen wieder aushebern lässt, thut man gut, dann noch circa 15 Minuten zu warten, bis der Magen sich durch seine eigene Peristaltik der noch geringen restirenden Flüssigkeitsmengen in den Darm entledigt hat. — Inzwischen wird in der Dunkelkammer der Apparat «geladen.»

Dies geschieht in der Weise, dass man zunächst das Kopfstück des Apparates auseinanderschraubt, so dass nur noch der Lampentheil mit dem Schlauch in fester Verbindung steht. Der Zapfen wird aus der Camerahülse herausgezogen. Jetzt wird der Fischbeinstab, der zur Führung des Filmsstreifens dient, durch den Kasten in den Schlauch und durch dessen mittleres Lumen zum Lampentheil hinausgeführt. Die Camerahülse wird jetzt auf den Lampentheil wieder aufgeschraubt. Der Filmsstreifen wird nun etwas abgerollt, und sein freies Ende durch den Spalt (Fig. IV. *S.*) des Zapfens gezogen, und nachdem dies geschehen ist, mit der Greifvorrichtung des Fischbeinstabes (Fig. III. *Kl.*) fest verbunden. Hierauf wird dieser etwas angezogen, so dass sich seine Verbindungsstelle mit dem Film im Lampentheil befindet und der Zapfen wieder in die Camerahülse zurückgeschoben werden kann. Schliesslich wird die Kuppel des Reservoirs (Fig. I. *R.*) auf die Camera geschraubt. Durch Anziehen des Fischbeinstabes kann der Film Stück für Stück hinter der Linse vorbeigeführt werden. Der

Apparat ist zum Photographiren fertig. — Jetzt verlässt man die Dunkelkammer und verbindet den Kasten durch Leitungsschnüre mit dem Accumulator und fügt an den dazugehörigen Ansatz das Gebläse an. — Der Apparat wird bei stehendem Patienten in den Magen eingeführt. Das gelingt bei Individuen, die an die Magensondirung gewöhnt sind, ohne alle Schwierigkeiten. Durch das Gebläse wird nun der Magen mit Luft aufgebläht und zwar so lange, bis der Patient das Gefühl der Völle hat. Es lassen sich nun in kurzer Zeit eine Reihe Aufnahmen hinter einander machen. Ein $^1/_2$ bis 1 Secunde währender Druck auf den Contact genügt vollkommen, um auf dem Film das Negativ von ca. 4 mm Durchmesser zu erzeugen. Ein kurzes Anziehen des Fischbeinstabes bringt einen noch unbelichteten Theil des Film vor die Linse. Eine neue Belichtung des Magens durch Druck auf den Contact ergibt ein neues Bild.

Um möglichst Photographien des gesammten Mageninnern zu bekommen, haben wir in der Regel den ganzen Apparat allmählich 2 vollständige Drehungen um seine Längsachse machen lassen, und bei jeder neuen Stellung, die wir dadurch erhielten, 2 Aufnahmen gemacht. Die eine Drehung haben wir ausgeführt, kurz nachdem der Lampentheil die Cardia passirt hatte, die andere Drehung liessen wir erfolgen, nachdem der Apparat etwa 5 cm tiefer eingeführt war.

Um sich über die Lage der Lampe und damit auch der Linse, zu unterrichten, haben wir den rothen Durchleuchtungsschein benützt, welcher an der vorderen Bauchwand bei Contactschluss entsteht und unter einem schwarzen Tuch leicht zu beobachten ist. Dieser rothe Schein ist am deutlichsten, wenn die Linse nach vorn gerichtet ist und verändert, je nach den Bewegungen, die man mit dem Apparat vornimmt, seine Lage von oben nach unten und von rechts nach links.

Man muss bei dieser Art der Durchleuchtung sich nur bewusst bleiben, dass die Abkühlung, welche die Lampe bei der gewöhnlichen Magendurchleuchtung durch das eingeführte Wasser erfährt, wegfällt und dass man desshalb nicht längere Zeit nacheinander den Strom ununterbrochen durch die Lampe gehen lassen darf. Es könnten sonst leicht Verbrennungen der Magenschleimhaut erfolgen.

Die Leistungen der Magenphotographie.

Wir haben unseren Apparat im Ganzen 15 mal am Lebenden eingeführt. Bei den ersten Versuchen hatten wir, indem wir uns eng an das bei der Cystoskopie übliche Verfahren hielten, den Magen mit Wasser gefüllt. Die Aufnahmen, die wir dabei erhielten, waren völlig unbrauchbar. Die in den Magen eingeführte Flüssigkeit trübte sich regelmässig so rasch, dass sie als lichtdurchgängiges Medium nicht zu brauchen war. Wir verwandten desshalb später zur Entfaltung der Magenwände stets Luft.

Die Aufblähung mit Luft, welche schon von Mikulicz bei der Gastroskopie angewandt worden ist, hat den Nachtheil, dass die Linse mit der Schleimschicht, die sie auf dem Wege durch den Oesophagus annimmt, überzogen bleibt. Die Schärfe des Bildes leidet selbstverständlich darunter, aber doch nicht so bedeutend als man von vorneherein annehmen sollte. Wir waren wenigstens überrascht, als wir mit dem Apparate, während die Linse mit Schleim bedeckt war, Controlaufnahmen von Druckschrift vornahmen, wie verhältnissmässig gut die Bilder wurden. Keinesfalls wird durch die wahrscheinlich nicht zu umgehende Verunreinigung der Linsenoberfläche die praktische Brauchbarkeit der Magenphotographie in Frage gestellt.

Die Leichtigkeit der Handhabung des Apparates entsprach vollkommen unseren Erwartungen. Die Einführung und Bewegung des Apparates war für die Kranken nicht wesentlich lästiger als eine einfache Magenausspülung.

Fig. VII.



Die Schärfe der Bilder, von denen wir bis zu 50 in einer einzigen Einführung erhielten — ein Stück Filmsstreifen mit photographischen Aufnahmen, die im Magen gewonnen wurden, ist in Fig. VII in natürlicher Grösse wiedergegeben — litt noch im Allgemeinen unter der bereits erwähnten Unvollkommenheit unseres Linsensystems.

Nur diejenigen Bilder, bei deren Aufnahme die Magenschleimhaut genügend weit entfernt war, ergaben brauchbare Vergrösserungen, während andere Bilder verschwommen waren und bei den Vergrösserungen nur eine gleichmässig grauschwarze Fläche ohne Differenzirungen bot.

Die meisten Versuche — und gerade die letzte Hälfte, bei denen der Apparat am besten functionirte — sind an Individuen angestellt worden, bei denen gröbere Veränderungen der Magenschleimhaut nach dem klinischen Verlaufe nicht zu erwarten waren und von denen man hoffen durfte, Bilder der normalen Schleimhaut zu erlangen.

Die Magenschleimhaut, die man bei Operationen, bei der Gastroenteroanastomie oder bei der Resection des Magens zu Gesicht bekommt, bietet, abgesehen von den Falten, eine gleichmässige rothsammtene Fläche dar und scheint ein wenig charakteristisches Bild für photographische Aufnahmen zu bilden. Allein wenn der Magen aufgebläht ist, kann die Scheimhaut ein ganz anderes Bild bieten — Aehnliches gilt ja auch von der Blase! — und es ist denkbar, dass man am aufgeblähten Magen die Magengrübchen viel deutlicher sieht, als dies bei dem zusammengesunkenen Zustande der Schleimhaut der Fall ist.

In der That sprechen eine ganze Anzahl unserer Bilder dafür, dass es möglich ist, mittels der Photographie die Magengrübchen zur Anschauung zu bringen. Wir haben nämlich auf den Vergrösserungen unser gut gelungenen Aufnahmen in grosser Anzahl stecknadelspitzen- bis stecknadelkopfgrosse schwarze Punkte gefunden, welche von einem hellen Hof umgeben waren. Als wir diese Einzelheiten zuerst bemerkten, dachten wir an eine Eigenheit des Kornes vom Film, welche bei der Vergrösserung der Bilder erst in auffallender Weise sichtbar wird. Allein wir haben auf ebenso behandelten und vergrösserten Proben von Druckschriften diese Gebilde niemals bemerkt. Andererseits haben wir dieselben bei allen gut gelungenen Magenaufnahmen so regelmässig gefunden, dass wir darin mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Wiedergabe von Magengrübchen sehen zu dürfen glauben.

Bildungen, welche mit grösster Wahrscheinlichkeit als oberflächliche Gefässe aufzufassen sind, und welche aus geschlängelten und sich verzweigenden dunklen Linien bestehen, haben wir nur auf 2 Aufnahmen bekommen.

Die Bilder boten gleichzeitig eine Eigenthümlichkeit, die wir auf Bildern, die der Pylorusgegend entstammen, öfters beobachtet haben, scharfe, radienartig angeordnete Reflexbildungen, die wohl auf eine eigenartige Spiegelung der trichterähnlichen Form zurückzuführen sind, welche der Magen in dieser Gegend bietet (Fig. VIII).

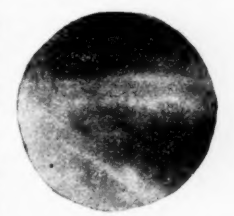
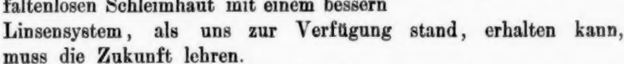


Fig. VIII.

Wir nehmen desshalb an, dass die 2 Gefässbildungen, die wir erhalten haben, dieser Gegend entstammen. Ob man wesentlich andere Bilder der normalen faltenlosen Schleimhaut mit einem bessern Linsensystem, als uns zur Verfügung stand, erhalten kann, muss die Zukunft lehren.



Ein anderes Aussehen der Schleimhaut ist zu erwarten, wenn der Magen nicht völlig aufgeblasen ist. In diesen Fällen ist von der Photographie eine Wiedergabe des Faltensystems zu erhoffen, und in dieser Erwägung liessen wir bei einem unserer letzten Versuche nur die Hälfte der Luft in den Magen, die sonst nothwendig war, um dem Patienten ein gewisses Gefühl der Völle empfinden zu lassen und nahmen in diesem Zustande die Mehrzahl der Photographien auf. Zum Schluss blähten wir dann den Magen noch völlig auf und nahmen zur Controlle auch auch in diesem Zustande noch einige Aufnahmen.

Bei der Entwicklung und Vergrösserung der Bilder zeigten sich unsere Erwartungen bestätigt. Während die Bilder vom völlig aufgeblasenen Magen nichts Besonderes boten, zeigten fast alle Aufnahmen von dem nur halb aufgeblasenen Magen Veränderungen, welche schon auf dem Filmstreifen ohne jede Vergrösserung auffielen. Dieselben bestanden in hellen Streifen, welche wie die Falten der Magenschleimhaut parallel und leicht

geschlängelt verliefen und hin und wieder Verzweigungen zeigten. (Fig. IX u. X).




Fig. IX. Fig. X

Wir glauben mit Sicherheit annehmen zu dürfen, dass in diesen Bildern die Wiedergabe der Schleimhautfalten gelungen ist und wenn sich auch bei diesen Aufnahmen, bei denen die Magenschleimhaut sich sehr nahe der Linse befand, in Bezug auf Einzelheiten noch die Unvollkommenheit unseres Linsensystems geltend machte, so halten wir doch dadurch den Nachweis für erbracht, dass gröbere Veränderungen der Magenschleimhaut sich durch die Photographie erkennen lassen.

Unser Ziel war nun, die Brauchbarkeit unseres Apparates an einem Carcinomkranken zu erproben. Leider hatten wir nur in der allerersten Zeit, als unsere Technik noch nicht genügend ausgebildet war, Gelegenheit gehabt, bei einem Magenkrebs den Apparat anzuwenden. Wir haben auch damals Bilder bekommen, die an Carcinomknoten erinnerten, aber dieselben waren nicht scharf und deutlich genug, als dass wir dieselben für beweiskräftig ansehen könnten.

Später, als wir die Technik genügend beherrschten, hatten wir nicht wieder Gelegenheit, den Apparat bei einem Krebskranken anzuwenden.

Als wir durch äussere Umstände zu einer Unterbrechung unserer Versuche gezwungen wurden, hatten wir gehofft, in Bälde die Arbeit von Neuem aufnehmen zu können und — von den Zeitumständen begünstigt — durch Aufnahmen eines Magencarcinoms den zwingenden Beweis für den Werth unserer Methode erbringen zu können.

Seitdem sind über drei Jahre verflossen. Die Aufgaben des speciellen Berufes, dem Jeder von uns sich zuwandte, haben uns bisher nicht zu einer gemeinsamen Aufnahme unserer Arbeit kommen lassen und werden uns auch voraussichtlich in absehbarer Zeit dies nicht gestatten.

Unter diesen Umständen haben wir uns zu einer Veröffentlichung unserer bisherigen Ergebnisse entschlossen. Wir halten den Weg, den wir eingeschlagen haben, um auf eine ungefährliche und für den Kranken nicht lästige Weise einen Einblick in das Mageninnere zu bekommen, für vielversprechend und sind der festen Hoffnung, dass die Diagnose gröberer Veränderungen, wie diejenige des Ulcus oder des beginnenden Carcinoms eine sichere Grundlage auf diese Weise gewinnen kann.

Aber wir verhehlen uns auch andererseits nicht, dass noch viel Arbeit und Mühe nothwendig ist, um die Methode vollkommen zu gestalten.

Vor Allem ist durch Versuche an einem Magenmodell in genauester Weise festzustellen, wie der Apparat gedreht und verschoben werden muss, um mit Sicherheit durch eine Reihe von Einzelaufnahmen das Bild des ganzen Mageninnern zu bekommen. Dann ist aber auch eine Verbesserung des Linsensystems nothwendig, damit alle Aufnahmen scharf und brauchbar sind.

Zu dieser Arbeit die Collegen aufzufordern, deren Berufsinteresse enger mit der Photographie des Magens verknüpft ist, als dies zur Zeit bei uns der Fall ist, ist der Zweck unserer Veröffentlichung.

Nachtrag während der Correctur: Nachdem wir unsere Arbeit bei der Redaction dieser Zeitschrift eingereicht hatten, ist, wie uns Dr. Czapsky-Jena gütigst mittheilte, im «English Mechanic and World of Science, Nov. 4, 1898» die Photographie des Magens als diagnostisches Hilfsmittel empfohlen worden. Das von Dr. Schaaf angegebene Instrument unterscheidet sich von unserem Apparate vor Allem dadurch, dass mittels desselben bei jeder Einführung nur eine einzige Aufnahme gewonnen werden kann. Am lebenden Menschen scheint dasselbe nur ein einziges Mal benützt worden zu sein.

Ueber den Werth der künstlichen Frühgeburt an der Hand von 60 Fällen.*)

Von Dr. *Hucklenbroich*, San.-Rath, dir. Arzt des Wöchnerinnen-Asyls zu Düsseldorf.

Diese 60 künstlichen Frühgeburten sind innerhalb 16 Jahren (1882—98) von ein und derselben Hand eingeleitet und durchgeführt worden: 54 im Wöchnerinnenasyl und 6 in der Privatpraxis. Sie geschahen bei 29 Frauen und zwar bei 12 Frauen mehrere Male: bei 6 Frauen 2 mal, bei 1 Frau 3 mal, bei 2 Frauen 4 mal, bei 3 Frauen 5 mal, bei 1 sogar 6 mal, bei den übrigen 16 je 1 mal.

Die künstliche Frühgeburt wurde zuerst von dem Engländer Macaulay ausgeführt, dann von Kelly und Denman [1] weitergeführt. In Frankreich vermochte sie lange Zeit durch den hartnäckigen Widerspruch von Baudelocque [2], der ersten Autorität in der Geburtshilfe des vorigen Jahrhunderts, nicht aufzukommen, bis es endlich 1833 Stoltz [3] in Strassburg gelang, den Bann zu brechen. Deutschland sah 1804 die erste glücklich verlaufende Operation der künstlichen Frühgeburt durch Wenzel in Frankfurt a. M. [4] Bald bürgerte sie sich so ein, dass Krause 1855 bereits 482 Fälle anführen konnte [5]. Spätere Beschränkungen durch die Autorität Spiegelberg's [6] und durch den Sänger'schen conservativen Kaiserschnitt sind in der grossen Discussion auf dem internationalen Aerztecongress 1890 in Berlin als überwunden klargestellt worden [7]. Es sei der Merkwürdigkeit wegen erwähnt, dass bei dieser Discussion der Petersburger Dr. Balandin seine Ansicht aussprach: Die prompte Wirkung der üblichen Methoden für künstliche Frühgeburt sei zum grossen Theil auf eine Art von Sepsis zurückzuführen.

In den letzten Jahren schien die Symphyseotomie die Indication der künstlichen Frühgeburt einschränken zu wollen, doch nur für kurze Zeit. Die Mehrzahl der Geburtshelfer aller Länder erkennt den Werth der künstlichen Frühgeburt voll und ganz an.

Die Symphyseotomie wurde zuerst 1777 durch Sigault und Le Roy in Paris [8] eingeführt, jedoch bald verlassen, dann nach einem Jahrhundert durch Morisani in Neapel wiederum warm empfohlen. Erwähnt sei hier die Thatsache, dass die erste Symphyseotomie in Deutschland durch Dr. Bernard Guerard in Düsseldorf am 11. Mai 1778 ausgeführt wurde.

B. Guerard, der Ahnherr einer angesehenen, am Rhein wirkenden Aerzte- und Beamtenfamilie (jetzt v. Guérard) war Stabschirurg in der Armee Ludwig XIV., nachher in der kurpfälzischen Besatzung von Düsseldorf Garnisonsarzt, dann Medicinalrath und Mitglied des «Consilium medicum», der obersten medicinischen Behörde von Jülich-Berg. Er starb 1782. Auf seine Vorstellungen hin und durch seinen Einfluss bei dem Statthalter Grafen v. Gottstein wurde in der Hauptstadt Düsseldorf eine Hebammenschule begründet, deren Leiter er bis zu seinem Tode blieb.

Am 8. Mai 1778 wurde G. zu einer 37 jährigen kräftigen und starken Frau L. gerufen, welche, an rhachitischer Beckenverengung leidend, in Kindsnöthen lag. Er versuchte mit seinem Repetitor Dr. Strein die Wendung auf die Füsse und die Extraction des Kindes. Es gelang nach vieler Mühe Strein, einen Fuss herunterzuholen, doch konnte der Körper nicht entwickelt werden. Nach 3 tägigen, vergeblichen Bemühungen entschloss sich G. zu der neuen Operation der S. Bei der Operation der Symphyseotomie waren zugegen: der Director des Colleg. med., Dr. J. P. Brinckmann, dann der Garnison- und Stadtphysikus, Medicinalrath Dr. Philippi. Ferner der Hebammenkunst-Vorleser und Repetitor Dr. Strein und der Regimentsfeldscheer Naegele. Nach Durchtrennung des Schambeines blieb trotz Erweiterung der Conjugata das Köpfchen noch zurück, so dass es angebohrt werden musste. Die Frau starb am 10. Tage.

*) Nach einem in der 22. Abtheilung der 70. deutschen Naturforscher- und Aerzteversammlung gehaltenen Vortrag.

Guerard beschrieb diesen Fall in französischer Sprache [9] und sandte die Abhandlung an die Akademie in Paris. Ein gewisser Magister Lucas Boogers liess darauf eine Schrift erscheinen, in der er G. die gemachte Symphyseotomie als Kunstfehler vorwarf und die Schuld am Tode der Frau ihm aufbürdete. G. verwahrte sich energisch in einer deutsch geschriebenen Entgegnung [10] gegen diese Vorwürfe und zerzauste die geburtshilflichen Kenntnisse des Magisters, hinter dem er den Professor Karl Kaspar Siebold vermuthete, weidlich. Der Medicinaldirector Dr. Joh. Pet. Brinckmann, welcher der Operation der Symphyseotomie beigewohnt hatte, jedoch nicht dabei in Thätigkeit getreten war, gab ebenfalls 1778 eine Darstellung dieses aussergewöhnlichen Falles nebst «Bemerkung» darüber heraus [11].

Die Fälle von künstlichen Frühgeburten vor 1890 betreffend, finden wir grössere Zahlenreihen angegeben von Dohrn (76 Fälle), Leopold (75), Fehling (60), K. Braun (48), abgesehen von vielen Veröffentlichungen kleinerer Reihen und von Einzelfällen. Nach 1890 (Berliner internationaler Congress) sind ferner veröffentlicht: Aus der Ahlfeld'schen Klinik 97 und 56 Fälle, aus der Ohlshausen'schen 18 und 21, aus der Leopold'schen 36, aus Jena 23, Göttingen 10, Würzburg 6, Bonn 19, Giessen 31, Düsseldorf 40, verschiedene 43, dann durch Kufferath-Brüssel 16, durch die Franzosen Pinard 100 und Guéniot 23 Fälle. Ausserordentlich ausführlich und belehrend hat Sarwey aus der Säxinger'schen Klinik in Tübingen 60 Fälle von künstlicher Frühgeburt nebst allen Einzelheiten der Geschichte, Indicationen, Methoden, Literatur u. s. w. beschrieben [12].

Von den 29 Frauen, bei denen die 60 Operationen in Düsseldorf gemacht sind, war eine einzige Erstgebärende. Diese, welche ein in allen Theilen etwas verengtes Becken hat und die Schwester einer Frau mit rhachitischem Becken ist, die schon 6 mal die künstliche Frühgeburt durchmachte, hat nachher 3 mal am Ende der Schwangerschaft lebende Kinder ohne Kunsthilfe geboren. Es war ihr stets die Prochownik'sche Diät anempfohlen worden. Die bei Weitem grösste Zahl der Frauen hatte früher bereits schwere Entbindungen zu überstehen gehabt, 6 davon mit langwierigen Erkrankungen im Wochenbett.

Einer Frau war früher draussen bei der Extraction des Kindes das Köpfchen des letzteren abgerissen im Uterus zurückgeblieben. Es konnte erst am andern Tage, nachdem schon Jauchung eingetreten, im Marienhospital mit vieler Mühe entfernt werden. Eine andere Frau hatte bei der zweiten, langdauernden Geburt, welche im Asyl durch die hohe Zange beendet wurde, eine Blasenscheidenfistel davongetragen. Letztere verheilte durch Einlegen eines Dauerkatheters vollständig innerhalb einiger Wochen. Sie machte nachher 5 mal die künstliche Frühgeburt durch, zwar mit ziemlichen Schwierigkeiten, aber doch ohne üble Zufälle und Folgen und mit 2 lebenden Kindern. Eine 3. Frau hatte vorher in der Stadt 2 sehr schwierige operative Entbindungen mit todten Kindern zu überstehen; 4 künstliche Frühgeburten im Asyl ergaben normale Geburten und 3 noch lebende Kinder. Wieder eine andere Frau, die zu Hause 2 mal Perforation durchgemacht, hatte nachher bei 3 künstlichen Frühgeburten, die ziemlich glatt verliefen, 2 lebende Kinder. Doch wollten die Frau sowohl wie der Ehemann später das Ende der Schwangerschaft wieder abwarten und lieber die Gefahren der Entbindung tragen, als die Pflege der zarten Neugeborenen in der 35. Woche, da diese ihnen bezeichnender Weise zu lästig erschien.

Die Indication der künstlichen Frühgeburt war bei 26 unserer Frauen Beckenenge, und zwar waren bei 19 die Becken platt rhachitisch, bei 6 einfach platt; 1 Becken hatte eine Exostose am rechten aufsteigenden Schambeinast. Die Conjug. vera war bei keinem unter 8 cm.

Drei Frauen hatten normale Becken; die Indication zur künstlichen Frühgeburt war bei ihnen eine andere als Beckenenge. Die eine Frau kam durch den Oberarzt, Herrn Sanitäts-Rath Dr. Straeter, aus dem Marienhospital wegen unstillbaren Erbrechens und rasch verlaufendem Kräfteverlust durch ein inoperables Magencarcinom. Das Kind starb 8 Stunden nach der Geburt, trotzdem letztere ohne besondere Complication vor sich ging. Das Erbrechen hörte sofort nach der Entbindung auf. Das Wochenbett verlief fieberlos; die Frau kam nach 10 Tagen in das Hospital zurück, wo sie einige Wochen nachher verstarb. Eine zweite Frau wurde ebenfalls aus dem Marienhospital überbracht wegen allgemeiner hydropischer Anschwellung durch Nephritis. $5\frac{1}{2}$ Stunden nach Einlegung eines Bougie trat der erste Anfall von Eklampsie ein, und bald folgten 2 weitere. Daher accouchement forcé, Wendung auf die Füsse und Extraction des Kindes. Letzteres tief asphyktisch, wurde wieder belebt, starb jedoch nach 10 Stunden. Nach den üblichen 10 Tagen kam die Wöchnerin zur weiteren Pflege und Behandlung wieder in das Hospital zurück, das sie nach einiger Zeit gesund verliess. Die hydropischen Erscheinungen verschwanden nach der Entbindung bald. Eine dritte Frau, durch Herrn Oberstabsarzt San.-Rath Dr. Gross dem Asyl zugeführt, litt an hochgradigen Athembeschwerden durch Circulationsstörungen in Folge von Schrumpfungen in den Lungen und Dilatation des rechten Ventrikels. Das Kind kam in Steisslage, wurde extrahirt und starb nach einigen Stunden. Die Nachgeburt musste gelöst werden; dabei trat eine ziemlich starke Blutung auf. Die Frau war recht schwach, erholte sich aber bald und lebte einige Jahre nachher noch.

In diesen 3 Fällen hat die durch Bougie eingeleitete Geburt vor dem Endtermin den Frauen nicht allein grosse Erleichterung von ihren argen Beschwerden gebracht, sondern auch höchstwahrscheinlich verhindert, dass die eine Mutter vor der Geburt starb, und bewirkt, dass zwei wieder genasen.

Von den 29 Frauen gingen 26 gesund wieder nach Hause, 2 in das Hospital zurück und 1 starb am 6. Tage post part. an septischer Peritonitis. Fieberhafte Temperaturerhöhung kam bei 3 vor: bei der Frau mit Sepsis, dann bei 1 Frau wegen Magenkatarrh durch Essen von heimlich zugestecktem Backwerk, jedoch nur für 24 Stunden; endlich bei 1 Frau, welche — wie auch schon in einem früheren Wochenbett — von einer leichten rechtsseitigen Pneumonie befallen wurde, die sich nach 4 Tagen wieder löste, so dass die Wöchnerin bald fieberfrei war.

Betreffs der Todesfälle bei k. Fr.-Gb. Folgendes: Fehling hatte unter 60 keinen Todesfall, Leopold 1 auf 45, Dohrn 1 auf 19, Olshausen 1 auf 18, P. Müller 3 auf 26, Gusserow 1 auf 10, Schroeder 1 auf 20, Ahlfeld 2 auf 97 und 1 auf 56, Löhlein keinen auf 31, Sarwey (Säxinger) 1 auf 60. [13]. Meistens trat der Tod durch Sepsis ein, bei Ahlfeld 2 mal durch Eklampsie. Dohrn hat nach seiner Berechnung bis 1890 im Ganzen 5 Proc. mit tödtlichem Ausgang gefunden. [14] Sarwey rechnet annähernd 3 Proc. heraus. Wie in der Tübinger Klinik 1 Tod auf 60 k. Fr.-Gb. entfällt, so auch in Düsseldorf 1 auf 60. Ausserdem zeigen beide Reihen auch sonst manches Aehnliche. In Tübingen kamen 50 Kinder (von 60) lebend, in Düsseldorf 49 von 61 (1 mal Zwillinge). In Tübingen gab es 39 Knaben und 21 Mädchen, in Düsseldorf 38 Knaben und 23 Mädchen. Sarwey erwähnt bei 60 Entbindungen 30 mal Complicationen, bei uns sind 31 mal solche vorgekommen. In Tübingen 1 mal Plac. praevia lat., dann 3 mal Perforation und Kranioklasie. Wir hatten auch 1 mal Plac. praevia und 2 mal Perforation mit Kranioklasie am nachfolgenden Kopf. Bei S. ist 7 mal Abweichen des Köpfchens angegeben, bei uns 4 mal. Wir hatten ausserdem noch 2 mal Lösung der festgewachsenen Nachgeburt und 1 mal Eklampsie, 1 mal Tympania uteri. Dann 3 mal Vorfall der Nabelschnur (Tübingen 7 mal), 3 mal hohe Zange (Tübingen 2 mal Zange). Ferner bei uns 10 mal Querlage mit Wendung und Extraction der Kinder (Tübingen 6), 7 Fusslagen (5 mit Extraction, Tübingen 3), 4 Steisslagen (2 mit Extraction, Tübingen 1), 1 Stirnlage (spontane Geburt, Tübingen 2), 1 Gesichtslage mit Wendung auf die Füsse und Extraction, 1 Vorderscheitelstellung mit Zange. Es kamen nicht selten sog. «Krampfwehen» bei unsern Geburten vor, welche den Verlauf recht erschwerten. Sie wurden behandelt mit warmen Ausspülungen, Vollbädern, Tinct. Opii innerlich bis zu 20 Tropfen, dann subcutanen Morphiuminjectionen zu 0,012, die noch am Besten wirkten. Die Krampfwehen waren 3 mal so heftig, dass die Kinder vor der Geburt abstarben und selbst bei Kopflage und ohne jedweden Eingriff todt zur Welt kamen. In Tübingen waren ferner gerade so viel todtgeborne Kinder wie in Düsseldorf, nämlich 10. (Bei

uns 2 mal Perforation des abgestorbenen Kindes, 1 Kind bereits macerirt, 3 Kinder todt bei Querlage und Wendung nebst Extraction, 3 todt bei Kopflage und spontaner Geburt, 1 todt bei Fusslage durch Aengstlichkeit der zufällig allein anwesenden Hebamme vor einem Eingriff.) Von den Kindern, welche geathmet haben, starben bei uns 15 in den ersten 12 Stunden (in Tübingen nur 5), post partum, bei uns 7 in den ersten 4 Tagen (Tübingen 3), 2 nach 9 Tagen. 27 Kinder sind nach 10 Tagen gesund entlassen worden. Es ist auffallend, dass bei unsern 60 k. Fr.-Gb. so viele unregelmässige Kindslagen und bei den regelmässigen so manche Complicationen vorkamen. Hierin ist auch der Grund zu suchen, dass noch nicht die Hälfte der Kinder über 10 Tage am Leben blieb. Denn bei den so oft vorgekommenen Extractionen an den Füsschen haben die Kinder meist vorzeitige Athmungen gemacht, Blut und Fruchtwasser nebst Schleim aspirirt und sind nicht selten asphyktisch zur Welt gekommen. In das Leben zurückgerufen liessen sie dann ein kurzes schmerzliches Stöhnen vernehmen und starben trotz aller Pflege, jedenfalls an Schluckpneumonien. Bei 3 Kindern ferner derselben Mutter, die lebend geboren wurden, zeigte sich cyanotische Verfärbung des Körpers und namentlich des Gesichts. die sog. Blausucht. Die Obduction des ersten Kindes ergab unvollständigen Verschluss des Ductus arteriosus Botalli. Die Section der andern Kinder konnte leider nicht gemacht werden, da die Eltern sie nicht zugaben. So gelang es auch nicht, bei den übrigen abgestorbenen Kindern den Widerstand der Väter gegen eine Obduction zu überwinden. Es sei hier noch erwähnt, dass mehrere Kinder, namentlich in den früheren Jahren desshalb mit einer gewissen Lebensschwäche zur Welt kamen, weil die Mütter schon mit der 32. Woche zur k. Fr.-Gb. bestellt waren.

Das Gewicht der Neugeborenen schwankte mit Ausnahme eines Falles zwischen 2250 g und 3000 g. Dies eine Kind wog 3600 g, hatte Wendung und Extraction zu überstehen und war todt. Die Mutter, welche wegen k. Fr.-Gb. zum 4. mal aufgenommen war, kam 14 Tage nach dem festgesetzten Termin in die Anstalt, mit 36 Wochen der Schwangerschaft.

Die Körperlänge der Kinder war stets unter 50 cm mit Ausnahme des vorhin erwähnten, das 51 cm lang war.

Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt geschah in allen 60 Fällen durch Einlegen eines soliden Bougie nach Krause. Nur in den ersten 3 Fällen trat nach Eröffnung des Muttermundes die Punction der Eihäute durch einen Gänsekiel (nach Karl Braun) dazu. Einige Male wurde zwischendurch der faradische Strom versucht, doch ohne besondern Erfolg. Nur leichte, rasch vorübergehende Wehen wurden erzielt.

Die Ausführung der Operation geschieht in folgender Weise:

Mit der 34. Woche, welche durch mehrmalige Untersuchung und Nachrechnung bestimmt ist, wird die Frau möglichst 2 bis 3 mal gebadet mit Zusatz von Soda und tüchtig abgeseift, namentlich in der Regio pubica. Dann kommt sie mit reiner Wäsche bekleidet auf das Querbett, denn in dieser Lage ist die Einführung des Bougie erheblich bequemer als in der Längslage der Frau. Die Haare werden abgekürzt und die Pubes nochmals mit 1 proc. Lysolwasser gereinigt, ebenso der Introïtus vaginae. Letztere selbst wird mit Lysollösung ausgespült, da diese die Einführung der Hand sehr erleichtert. Während nun die Hebamme das Becken stützt und etwas hebt, wird die linke, mit Byrolin bestrichene Hand eingeführt und die Vaginalportion mit 2 Fingern fixirt. Nun wird mit der rechten Hand das Bougie in die Cervix gebracht. Dieses hat vorher ½ Stunde lang in 1 prom. Sublimatlösung, dann 2 Stunden hindurch in 2 proc. Lysol gelegen, ist vorher noch mit Jodoformgaze tüchtig abgerieben und mit Byrolin eingefettet worden. Jetzt wird das Bougie mit den Fingern der rechten Hand in langsam nach oben rotirender Bewegung hinaufgeschoben. Stösst man auf einen Widerstand, so wird der Stab zurückgezogen und vorsichtig versucht, auf einem anderen Wege hinaufzukommen. Mit einiger Geduld beiderseits ist es stets gelungen; Narkose war niemals nöthig. Ist das Bougie weit genug hineingedrungen, so dass das untere Ende in der Schamspalte unsichtbar wird, so kann man es dort mit einem in Lysolwasser getränkten Tampon von Jodoformgaze festhalten. Dann wird die Frau, deren Kniee zusammengebunden sind, in die Längslage zurückgebracht. Als Nahrung erhält sie möglichst flüssige, leichtverdauliche Kost. Defaecation und Urinlassen geschieht in Stechbecken.

Nur 1 Mal, bei der ersten Frau, wurde im Verlauf des Einführens eine mässige Blutung ohne weitere Folgen gesehen.

Sind nach 24 Stunden noch keine Wehen eingetreten, so wird das Bougie fortgenommen; manchmal ist es auch durch leichte Wehen herausgetrieben. Es wird von Neuem antiseptisch behandelt und in vorhin beschriebener Weise wieder eingeführt. Es ist sehr wichtig, zur Erregung von Wehen gleich im Anfang schon die möglichst dicke Nummer des Bougie zu nehmen. Denn kleinere Nummern erregen keine ausgiebigen Wehen, selbst wenn man mehrere dünne Stäbe nebeneinander einlegt. Auch verfangen sich die dünnen Bougies leicht in der Schleimhaut oder in den Eihäuten. Höchstens kann man erst zur Erweiterung des Cervix ein dünnes einlegen und dann, wenn diese passirbar ist, ein dickes Bougie. Eine nicht beabsichtigte Punction der Fruchtblase kam 4 Mal vor. Sind die Wehen ordentlich im Gange, so geht die Geburt wie eine gewöhnliche vor sich.

Nachdem das Kind geboren, machten die Mütter das Wochenbett durch wie in normalen Fällen. In der Regel hatten sie nach 3 Tagen reichliche Milch; diese wurde erst der Brust durch eine Milchpumpe entnommen und den Kindern mit einem gewärmten Löffel eingegeben. Nach kurzer Zeit konnten die Kinder selbst saugen; sie waren stets in Flanell und Watte eingewickelt und mit Wärmflaschen versorgt.

Der Eintritt der Wehen erfolgte in 5 Fällen in 1 bis 6 Stunden, in 12 nach 6 bis 12 Stunden, in den übrigen Fällen dauerte es länger; die längste Dauer, bis wirksame Wehen sich einstellten, waren 5 Tage und 2 Stunden.

Die Beendigung der Geburt geschah in kürzester Frist in 18 Stunden, in der längsten in 169 Stunden (7 Tage und 1 Stunde).

Ueber den Todesfall Folgendes:

Frau B., 30 Jahre, rhachitisch unregelmässig verengtes Becken, Conjug. vera 8,2 cm, III. Para. Erste Entbindung nach mehrtägigem Kreissen durch schwere, hohe Zange; Kind todt. Zweite Geburt ausserhalb durch Wendung und Perforation beendigt. Die Frau geht in sehr pessimistischer Stimmung an die Operation heran. Kurz vorher war ihr ein Hebammenlehrbuch in die Hände gerathen. Leider traten erst nach 122 Stunden Wehen auf, nachdem 5 mal das Bougie gewechselt worden. Querlage des Kindes. Gleich nach Eröffnung der Cervix ziemlich starke Blutung, welche die Frau sehr schwächt. Es zeigt sich Placenta praevia lateral. Daher accouchement forcé, Wendung, Extraction, Kind (Knabe) lebt, 2950 g schwer, 47 cm lang. Die Nachgeburt war angewachsen und musste mit der Hand gelöst werden. Bis dahin hatte die Frau stets Temperaturen von 37° bis 37,8°, fühlte sich zwar schwach, doch im Ganzen ziemlich wohl. Da trat 4 Stunden nach der Entbindung eine Art von Tetanus auf, der die Umgebung auf das Höchste erschreckte. Er dauerte etwa 10 Minuten. Die Temperatur stieg dabei auf 39,6°, Puls 130 Obgleich der Krampfanfall sich nicht wiederholte, klagte die Frau fortwährend über Schmerzen in Armen und Beinen und konnte nur mit Mühe ihre Glieder bewegen. Die Gesichtszüge hatten etwas von Risus sardonicus. Bald wurde der Leib sehr aufgetrieben, das Fieber hielt sich auf 39°. Peritonitis septica univ. Tod am 6. Tage post partum.

Das Kind, welches am ersten Tage recht wohl und munter war, hatte am folgenden eine ganz kleine geröthete Stelle auf der linken Wange (Fingernageleindruck von der Extraction?). Dieser Flecken vergrösserte sich zusehends und gab sich bald als Erysipel zu erkennen, das die ganze linke Hälfte des Gesichtes, die Stirn und die Kopfhaut ergriff und nach weiteren 2 Tagen zum Tode führte [15].

Mögen vorstehende Mittheilungen dazu dienen, die Werthschätzung der künstlichen Frühgeburt, welche sich seit einem Jahrhundert behauptet hat, auch weiterhin zu befestigen zum Wohl der Frauen mit Beckenenge oder mit schwerer Complication der Schwangerschaft.

Literatur:

1. Denman: Introduction etc. London 1795.
2. Baudeloque: L'Act des Accouch. Paris 1781.
3. Stoltz: Mémoire et observation sur la provocation de l'accouch. praematuré. Strassb. 1835.
4. Wenzel: Allgem. geburtshilfl. Betrachtungen über die künstl. Frühgeburt. Mainz 1818.
5. Krause: Die künstliche Frühgeburt. Breslau 1855.
6. Spiegelberg: Archiv für Gynäk. I. Band.

7. Berliner Verhandlungen. Band III. Abth. 8.
8. Sigault: Discours sur la sect. de la symph. Paris 1778. Le Roy: Recherches historiques sur la sect. de la symph. Paris 1778.
9. B. Guerard: Exposé du cas de la sect. de la symph. Düsseldorf 1778.
10. Guerard: Untersuchung und Lehre über den Durchschnitt der Schambeyner. Münster 1781.
11. J. P. Brinckmann: Bemerkung über die Operation der Durchschneidung der Schaambeinen. Düsseldorf 1778.
12. O. Sarwey: Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Berlin 1896 bei Aug. Hirschwald.
13. Sarwey: S. 158 u. ff.
14. Verhandlungen des internat. Congresses zu Berlin 1890. Ref. Dohrn.
15. Festschrift zur Feier des 50jähr. Jubiläums des Aerztevereins des Reg.-Bez. Düsseldorf. Wiesbaden (J. F. Bergmann) 1894. S. 553.

Zur Lehre von der Pleuritis diaphragmatica.

Von *O. Rosenbach* in Berlin.

Zu der dankenswerthen Mittheilung von Zuelzer über Pleuritis diaphragmatica (d. W. No. 47) möchte ich mir die Bemerkung gestatten, dass ich an einer, von dem genannten Autor übersehenen, Stelle meiner Monographie: Ueber die Erkrankungen des Brustfells (Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie, Bd. XIV, I, S. 10) gebührend auf die Wichtigkeit der Pleuritis diaphragmatica mit folgenden Worten hingewiesen habe: «Ebenso verdient die Pleuritis diaphragmatica insofern eine besondere klinische Beachtung, als sie schon bei relativ geringer Ausdehnung des entzündlichen Processes, theils wegen der besonders heftigen Schmerzen, theils wegen der fast immer wahrnehmbaren — gewöhnlich von beträchtlichem Oedem und acuter Infiltration herrührenden — mechanischen Behinderung der Zwerchfellsathmung anscheinend gefahrdrohende Erscheinungen hervorruft, unter denen die Cyanose, der Lufthunger und eine Art stenocardischen Zustandes die Hauptrolle spielen. Dieser Krankheitszustand ist, wie der weitere Verlauf lehrt, gewöhnlich bei Weitem nicht so bedenklich, als er dem Beobachter und dem Kranken selbst scheint, und die Verhältnisse liegen hier ähnlich, wie bei manchen, an einfachem, schmerzhaftem Rheumatismus der Brustmuskeln erkrankten Personen, die nur wegen der Behinderung der Athmung und trotz Integrität des eigentlichen Respirationsgewebes bis nach der ersten, die Schmerzen prompt beseitigenden, Morphiuminjection einen sehr bedenklichen, leicht mit Herzschwäche oder congestivem Lungenoedem zu verwechselnden, dyspnoischen Zustand zeigen.»

Ich habe in meiner Darstellung nur die acute Form berücksichtigt, da die Symptome der chronischen Form, namentlich der in Verbindung mit subphrenischem Abscess stehenden, wegen der Complicationen mit Erkrankungen der Nachbarorgane meiner Auffassung nach überhaupt kein direct pathognomonisches Zeichen bieten können. Das von Zuelzer nach dem Vorgange französischer Forscher urgirte Symptom fehlte in charakteristischen Fällen meiner Beobachtung und bestand wieder in anderen, ohne dass eine Pleuritis diaphragmatica vorhanden war. Mir scheint das Symptom, soweit ich es kennen gelernt habe, überhaupt nur der Ausdruck einer der proteusartigen Formen von Myopathie (oder Circulationsstörungen?) der Brust- resp. Bauchmuskeln zu sein, die, häufig unter dem Bilde der Intercostalneuralgie oder -Neuritis verlaufend, bei Constitutionskrankheiten, bei Erkrankungen der Pleura und des Peritoneums, sowie bei Erkrankungen des Verdauungstractus – besonders oft bei Darmträgheit, die mit starker Luftansammlung verbunden ist — auftreten und gewöhnlich einen oder mehrere typische Schmerzpunkte zeigen.

Ich habe auf diese interessanten (Irradiations-?) Erscheinungen (an den Muskeln, Fascien, am Periost der Rippen etc.) mehrfach hingewiesen, u. A. in der kleinen Schrift: Die Entstehung und die hygienische Behandlung der Bleichsucht, Leipzig 1893, p. 111, und dass die Schmerzhaftigkeit im vorliegenden Falle sehr ausgebreitet war, zeigt ja der Umstand, dass die Milz wegen Schmerzhaftigkeit nicht palpabel war.

So wünschenswerth es wäre, ein pathognomonisches Zeichen für den supraphrenischen Abscess zu besitzen, da hier die wichtigste Methode, die Probepunction, versagt, so kann man das Zeichen von Guénau de Mussy doch nicht als solches betrachten, so lange nicht der Nachweis geliefert ist, dass es nur bei eitriger Zwerchfellserkrankung resp. bei supraphrenischem Abscess vorkommt. Es ist doch auch auffallend, dass es bei acuter und chronischer Pleuritis, die doch immer das Zwerchfell betheiligt, gewöhnlich fehlt.

Endoskopie für Speiseröhre und Magen.

Von Dr. *Georg Kelling* in Dresden.

(Schluss.)

Die Hauptresultate dieser Untersuchungen sind folgende:

I. Der Pylorustheil des Magens liegt oberhalb der Wirbelsäule und biegt nach rechts oben ab. Hingegen liegt der Stab links von der Wirbelsäule der hinteren Wand des Magens an.

Eine durch den Pylorustheil gelegte Längsachse schneidet die gastroskopische Hauptachse bei normalen Mägen nicht im Magen. Sie kreuzt diese Achse ausserhalb des Magens und verläuft dabei vor derselben. In solchen Fällen aber, wo bei gastroptotischen Mägen der Pylorus mit nach unten gesunken ist und der Pylorustheil horizontal verläuft, kreuzen sich Hauptachse und Pylorusachse im Magen. Doch ist dies keineswegs bei allen gesunkenen Mägen der Fall, so nicht bei Dilatation durch Ulcus am Pylorus und Adhaesionen daselbst.

II. Das untere Ende des eingeschobenen Stabes ist in der Regel nach vorn und nach rechts und links wenig beweglich; der Stab lässt sich nur in seiner Längsachse bequem verschieben. In den Fällen aber, wo die Halswirbelsäule lang und beweglich, der Oberkiefer nicht vorspringend ist und der Schlund vom Mundboden bis zum Ringknorpel genügende Weite besitzt, lässt sich allerdings dann das untere Ende des Stabes für die Zwecke eines geraden Gastroskops genügend bewegen.

Diese Eigenschaften verbunden mit einem Verticalstand des Magens würden dann für ein gerades Gastroskop eine leidliche Uebersicht ermöglichen. Doch liegen die Verhältnisse bei dem Lebenden nicht so günstig, wie bei dem ausgegipsten Leichenmagen, weil der lebende Magen nicht in dieser Ruhe in seinem aufgeblasenen Zustande verharrt. Sehr ungünstig für ein gerades Gastroskop ist auch, dass die bei der Rotation sprungartig wechselnden Entfernungen nicht ausgeglichen werden können, z. B. nach der hinteren Magenwand 1 cm und bei einer Rotation um $90^{\circ} = 10$ cm nach dem Pylorus. Diese obigen Fälle ausgenommen brauchen wir für die Gastroskopie ein winkliges Instrument.

Es muss ein Schnabel von der Hauptachse in einen Winkel von $40-45^{\circ}$ abgebogen werden und das Sehfenster muss sich natürlich im Schnabel befinden. Das Princip von Mikulicz erweist sich also vollkommen richtig. Wenn wir aber dem Sehfenster eine fixirte Stellung geben, so ist es uns dadurch unmöglich, den Magen ganz übersehen zu können, weil wir begreiflicher Weise die dem Sehfenster abgeneigte Seite nicht zur Ansicht bringen können. Desswegen ist es nothwendig, das Sehfenster in dem Schnabel frei drehbar zu machen. Mit einem solchen Apparat lässt sich nun thatsächlich der Magen gut übersehen, und zwar können wir die verschiedensten Formen der Mägen besichtigen. Ausserdem ist diese Form des Apparates die schonendste.

Wir brauchen das Instrument nur in seiner Längsachse zu verschieben und zu rotiren. Irgend welche Hebelbewegung, wie bei einem geraden Gastroskop, ist hier ganz unnöthig. Wir können unser Sehfenster immer annähernd in die Mitte des zu betrachtenden Magentheils dirigiren, was offenbar optisch das Günstigste ist. Wir können uns der vorderen und hinteren Fläche, dem rechten und linken Theil des Magens nähern und entfernen, und wir können die wichtigsten Theile des Magens in doppelter Weise (in der Nähe — im Detail — und in grösserer Entfernung — im Uebersichtsbild) zur Ansicht bringen. Verschweigen will ich nicht, dass es trotzdem Processe geben kann, welche der Untersuchung kaum zugänglich sind, nämlich diejenigen seltenen Geschwüre und Carcinome, welche direct auf den Ring des Pylorus beschränkt sind. Es ist dies aber ein ganz geringer Procentsatz der für die Gastroskopie in Betracht kommenden Fälle und ist auch hier die Gastroskopie keineswegs von geringem Nutzen. Diese Fälle machen klinisch ganz charakteristische Beschwerden, und ist es dann für das chirurgische Eingreifen von grosser Wichtigkeit, zu wissen, dass sich der Process allein auf den Pylorus beschränken muss.

Die Construction eines Gastroskopes hatte ich damit begonnen, dass ich den Mikulicz'schen Apparat so modificirte, dass die Glühlampe mit dem Sehprisma im Schnabel beliebig nach rechts und links drehbar war. Dieses Instrument war starr, und es ist

ja ohne Weiteres klar, dass durch die Starrheit die Handhabung des Apparates beträchtlich einfacher wird. Es gibt nun thatsächlich nicht wenig Fälle, wo man starre Apparate mit Leichtigkeit in den Magen einführen kann, und man darf es desswegen nicht verwerfen, wenn der geübte Arzt damit einen Versuch machen will. Ein solches nach Mikulicz'schen Angaben gebogenes starres Instrument führt sich leichter in den Magen ein, als eine gerade starre Röhre. Ich habe diese Thatsache schon in meiner ersten Arbeit über Gastroskopie betont und stiess damit auf lebhaften Widerspruch, namentlich Rewidzoff fand es geradezu unbegreiflich. Die Thatsache begreift sich aber doch ziemlich leicht durch folgende zwei Umstände.

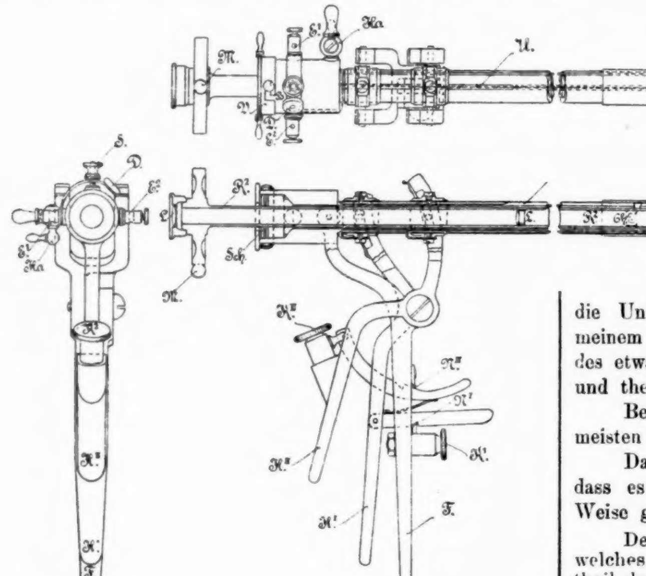
Einmal erleichtert die gebogene Form die Geradestreckung des Speiseweges insofern, als durch eine Drehung des Apparates um 90° die Ebene, in welcher bei der Einführung der Knickungswinkel lag, in eine gerade zu bringen ist. Ausserdem lässt sich die Cardia mit dem gebogenen Instrumente besser passiren. Allerdings muss man die Einführung des Apparates beherrschen. Schiebt man ein solches Gastroskop ein bei hinten überhängendem Kopfe, so wird nach Ueberwindung des Ringknorpels begonnen, den Apparat um 90° zu drehen. In der Regel liegt dann die Spitze des Apparates links in der Speiseröhre. Der Apparat wird dann hinunter geschoben nach der Cardia und diese durch eine leichte Rotation nach rechts und vorn zu passiren gesucht. Nach Passirung der Cardia rotirt man, den Apparat tiefer schiebend, noch mehr nach rechts und dirigirt die Spitze in den Pylorustheil. Mitunter aber legt sich das Instrument nach Ueberwindung des Ringknorpels mit der Spitze nach rechts. Man kann es nun auch in dieser Stellung weiterführen, indem man den Schnabel hinter dem Herzen nach links vorüberdreht. Die Cardia passirt man durch eine leichte Drehung der Spitze nach vorn und dirigirt dann die Spitze wieder in den Pylorustheil. Der Apparat beschreibt so eine Drehung von mehr als 360°. Ich habe das Instrument in dieser Weise auch von Mikulicz einführen sehen, und es ging leicht ohne irgend welchen Widerstand. Mikulicz bevorzugt für die Einführung starrer Instrumente die Seitenlage, und es lässt sich nicht leugnen, dass auch diese Lage gewisse Vortheile hat. Einer der Hauptvortheile der Seitenlage bei zweckmässiger Unterstützung des Kopfes beruht in der Erschlaffung der Halsmuskeln.

Doch wird die Einführung starrer Instrumente keine allgemeine Anwendung zulassen. Die Hauptgründe sind folgende:

1. Man kann mitunter Perforationen der Speiseröhre zu Stande bringen, zu welchen keineswegs die Anwendung von grösserer Kraft gehört. Es gibt Menschen, welche sich zwar mit einem biegsamen Bougie von derselben Dimension, wie ein starres Gastroskop, sondiren lassen, welche aber die Geradestreckung sehr schwer oder gar nicht vertragen. Die Geradestreckung kann gehindert werden durch den vorspringenden Oberkiefer, kurze Anheftung der Zunge, Unnachgiebigkeit in der Höhe des Ringknorpels, abnorme Verstärkung der normalen Wirbelsäulenkrümmung, Verzerrung der Speiseröhre, namentlich durch Tuberculose im Brustraum.

Wenn wir nun ein starres Instrument einführen, so kommen wir, wenn wir auf Hindernisse stossen, in Zweifel, ob unzweckmässiges Manipuliren oder anatomische Ursachen vorliegen, und wir sind auf Probiren angewiesen. Aus einer Anzahl Leichenversuche ergab sich mir, dass die für Perforation gefährlichen Stellen die Höhe des Ringknorpels und die Kreuzungsstelle mit dem linken Bronchus sind.

Ueber jede Unklarheit und alle damit zusammenhängenden Risicos kommen wir sofort hinweg, wenn wir ein Instrument benutzen, welches sich biegsam einführen lässt und erst nach der Einführung in eine starre gerade Form gebracht wird. Lagern wir nämlich den Patienten so, dass sein Speiseweg von selbst eine gerade Linie bildet, so muss sich das Instrument, ohne irgend welche Schmerzensäusserung von Seiten des Patienten, und ohne irgend welche Kraftanwendung von Seiten des Arztes strecken lassen. Gelingt das nicht, so eignet sich der Patient nicht für die Untersuchung. Ein zweiter Versuch ist überflüssig. Bei meinem Apparat bekommt man auch ein Urtheil über den Sitz des etwaigen Hindernisses, weil der Apparat theilweise gestreckt und theilweise gebogen sein kann.



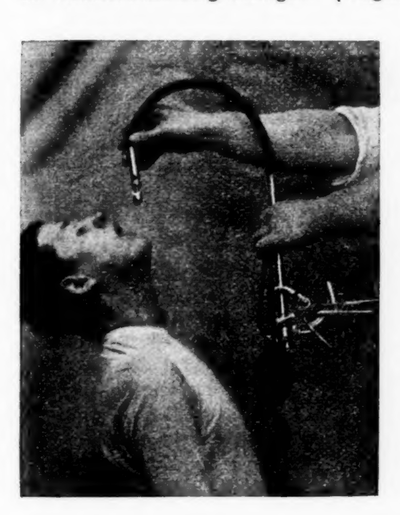
Bemerken will ich noch, dass sich thatsächlich die allermeisten Fälle für die Gastroskopie eignen.

Das Problem, ein brauchbares Gastroskop so zu construiren, dass es sich biegsam einführen lässt, glaube ich in folgender Weise gelöst zu haben.

Der Haupttheil des Apparates besteht aus einem Gliederrohr, welches sich vom Knickungswinkel 36 cm lang nach dem Kopftheil des Apparates zu erstreckt. Hier schliesst sich an die Glieder ein glattes, ungetheiltes Metallrohr *R.*[1] an, um bequem zwischen den Zähnen den Apparat eine lange Strecke hin- und herschieben und rotiren zu können. Der äussere Durchmesser dieses Rohres beträgt 14 mm, welche Dicke durchgehend verwendet ist. Die Glieder sind ebenso beschaffen, wie bei meinem Oesophagoskop. Es sind nämlich glatte Cylinder, haben 13 mm äusseren Durchmesser, 2 cm Länge und 2 mm Wandstärke. An jedem Gliede ist rechts und links ein Lappen stehen gelassen von der halben Wandstärke, welche auf eine Gelenkfläche des vorhergehenden Gliedes passt. (Hier ist ebenfalls die Wandung auf die Hälfte abgefeilt.) Die Lappen sind auf den Gelenkflächen durch Nieten befestigt, so dass hierdurch Charniergelenke (*Ch.*) entstehen. Die Köpfe der Nieten sind abgefeilt, so dass die Nietstellen aussen und innen ganz eben sind. Die Enden der Glieder sind an der Vorderfläche abgefeilt; an der Rückenfläche sind sie horizontal abgeschnitten und schlagen hier die Glieder in gestreckter Stellung aneinander. Auf der Rückenfläche der Glieder ist aussen eine Rinne eingefeilt, in welcher ein Draht läuft. Durch an jedem Gliede angelöthete kleine Brücken ist der Draht am Herausspringen aus der Rinne verhindert. Das ganze Gliederrohr wird mit einem Gummischlauch überzogen. Das Princip der Streckung und Beugung ist dem menschlichen Finger entnommen; man braucht sich diesen nur hohl denken. Die Strecksehne wird hier durch den Draht vertreten. Das Anziehen des Drahtes erfolgt durch einen Hebelmechanismus. Es lässt sich nämlich auf dem Rohre *R.*[1] eine Hülse verschieben, an welche der Draht (*Z.*[1]) befestigt ist. An die Röhre *R.*[1] ist nun ein fester Arm (*F.*) angebracht. Wird nun der Hebel *H.*[1] gegen *F.* angedrückt, so zieht er die Hülse mit dem Draht *Z.*[1] nach oben und streckt dadurch das Gliederrohr. Ein Bügel, welcher an dem Hebel *H.*[1] befestigt ist, schnappt nun in der gestreckten Stellung der Röhre in eine Nase *N.*[1] ein. Diese Nase ist an dem festen Hebel *F.* durch Drehung eines Schraubenkopfes *K.*[1] hin- und herzustellen und

dadurch kann der Draht $Z.^1$, wenn er sich durch Gebrauch etwas dehnen sollte, nachgezogen werden. Durch Aushaken des Bügels aus der Nase $N.^1$ ist der Draht entspannt und die Röhre sofort wieder biegsam. Der Draht $Z.^1$ erstreckt sich nun nicht über den ganzen Apparat, sondern läuft nur bis zum letzten Gliede, und ist dort ($Q.^1$) angelöthet.

An diesem letzten Gliede ist nun ebenfalls durch zwei seitliche Charniere eine Röhre mit abgerundeter Kuppe angebracht, welche den Schnabel des Apparates repräsentirt. Der Schnabel kann nach vorn und hinten gebogen werden bis zu einem Winkel von 135°. Neben dem ersten Draht $Z.^1$ läuft nun ein zweiter Draht Z^2 vom Kopfende des Apparates bis über das letzte Glied hinaus und hat seine Befestigung im unteren Theile des Schnabels ($Q.^2$). Hier ist er beweglich eingesetzt, indem die Schlinge des Drahtes in einem Stift hängt. Kurz darunter, am Knickungswinkel, ist der Draht nochmals gelenkig unterbrochen, indem zwei kleine geschlossene Schlingen verankert sind. Diese doppelte bewegliche Verbindung des Drahtes ist nöthig, sonst würde er bei dem Rück- und Vorwärtsbiegen des Schnabels gar bald brechen. Dieser zweite Draht $Z.^2$ ist an einer Hülse befestigt, welche der Hebel $H.^2$ anzieht. Die Arretirung erfolgt hier durch einen Bügel, welche in eine Nase $N.^{II}$ einschnappt. Diese Nase ist ebenfalls an dem festen Griff *F.* angebracht. Die Streckung des Drahtes ist hier dadurch garantirt, dass der Bügel durch Drehung am Schraubenkopfe $K.^{II}$ verstellt werden kann. Ziehen wir den Draht $Z.^2$ an, indem wir die Griffe $H.^2$ und *F.* zusammendrücken, so wird die Gliederröhre gestreckt und ausserdem der Schnabel und untere Theil abgebogen, bis er an das letzte Glied der Röhre anschlägt. Es beträgt dann der Knickungswinkel in der durch die Nase $N.^{II}$ arretirten Stellung 135°. Der Sinn der ganzen Vorrichtung ist nun folgender: Für die Einführung in den Körper werden wir natürlich die Glieder biegen und ebenso den Schnabel in der Richtung der Gliederkrümmung abbiegen. (Vergleiche Bild.)



Wir führen nun den Apparat soweit ein, dass der Knickungswinkel, welchen die Gliederröhre mit dem Schnabel bildet, unterhalb der Cardia sich befindet. Würden wir nun nach der Einführung des Apparates sogleich den zum Schnabel ziehenden Draht Z^2 anziehen, so würde die Kuppe des Schnabels gegen die hintere Wand sich anstemmen. Um dieses zu vermeiden, ziehen wir erst den Draht $Z.^1$ an; dadurch wird die Röhre nun bis zu dem Knickungswinkel gestreckt, während der Schnabel noch beweglich bleibt. Jetzt rotiren wir den ganzen Apparat im Körper um 180°. Nun wird erst durch Andrücken des Hebels $H.^2$ der Schnabel gegen die Röhre angezogen und in winkliger Stellung fixirt. Die Kuppe des Schnabels bewegt sich also nun gegen die Vorderwand des Magens und hat für ihre Bewegung freien Raum.

Darin beruht das Hauptprincip meines Apparates, dass ich die winklige Streckung in zwei mechanische Momente zerlegt habe. Das erste Moment: Streckung des Apparates bis zur Knickungsstelle; das zweite Moment: Nach Drehung des bis zur Knickungsstelle gestreckten Apparates um 180°, Herstellung des für die Besichtigung nöthigen Knickungswinkels. Durch Anziehen zweier parallel laufender Drähte und eine gewöhnliche Umdrehung um 180° ist dies erreicht. Dies schien mir die einfachste und beste Lösung des Problems, ein biegsames Gastroskop im Winkel zu strecken und zwar so, dass der Apparat nach der Streckung auch wirklich stabil ist.

Die Länge des Schnabels beträgt circa 10 cm. Ich hätte diesen ebenfalls in zwei Theile à 5 cm zerlegen können, welche durch Charniergelenke miteinander verbunden waren. Da hätte der Draht $Z.^2$ bis über die Gelenke hinausgehen müssen. (Wir hätten dann die im Schnabel befindliche Röhre $R.^3$ ebenfalls in zwei analoge Theile zerlegen müssen. Dadurch hätte die Rotationsfähigkeit des Apparates nicht gelitten.) Ich habe davon abgesehen, weil der Schnabel keine Schwierigkeiten für die Einführung bietet und ich dadurch die Stabilität des Apparates beeinträchtigt haben würde.

Der Schnabel besteht nun aus zwei äusseren Röhren. Die untere Röhre, welche mit zwei Charnieren an das letzte Glied befestigt ist, geht vom Knickungswinkel aus etwa 5 1/2 cm weit. An diese schliesst sich die zweite Röhre an, welche das Sehprisma (*P.*) und die Glühlampen (*Gl.*) trägt. Diese Röhre ist drehbar, während der andere Theil selbstverständlich fixirt ist. Damit nun die Röhre mit Sehprisma und Glühlampen von aussen frei drehbar ist, ist sie auf eine innere Röhre $R.^3$ aufgeschraubt. Diese zieht durch den ganzen Schnabel. Es wird, nachdem der Apparat in den Winkel gestreckt und starr gemacht ist, eine solide Metallröhre $R.^2$ mit einer Zahnradkrone ($T.^1$) in die Gliederröhre eingesteckt. Diese Röhre reicht bis zum ($Q.^2$) Knickungswinkel. Hier greifen ihre Zähne in die Zähne der Röhre $R.^3$ ein. Diese Röhre $R.^3$ befindet sich drehbar im Schnabel, und auf ihr ist eben der unterste Theil des Schnabels, welcher Prisma und Glühlampen trägt, befestigt.

An die Röhre $R.^2$ ist am Mundstück eine konische Verstärkung aus Hartgummi angebracht, dahinter sind einige Gummischeiben (*Sch.*) gelegt. Konus und Scheiben passen in einen Hohlraum aus Metall luftdicht hinein. Zum Verschluss dient ein Deckel (*V.*), welcher mit einem Bajonettverschluss (*B.*) festgestellt werden kann. Zur Luftaufblasung des Magens dient ein Hahn (**Ha.**), an welchem ein Doppelgebläse angesteckt wird. Die Luft streicht durch den ganzen Apparat, streicht an der Glühlampe vorbei und tritt an der Kuppe des Schnabels aus. In der Kuppe ist ein kleines Klappenventil (*Kl.*) angebracht, welches das Hineingelangen von Schleim und Wasser in den Apparat verhindert. Am Mundstück der Röhre $R.^2$ befindet sich eine Umdrehungsscheibe, an welcher ein Knopf (*M.*) befestigt ist. Dieser Knopf dient als Marke für die Stellung des Sehprismas (*P.*). Man schiebt nämlich die Röhre stets so ein, dass der Knopf *M.* in derselben Ebene steht wie das Prisma *P.* Bei allen Umdrehungen dreht sich dann Prisma und Knopf conform, und wir sind stets über die Stellung des Prismas im Magen orientirt.

Eine besondere Besprechung erfordert noch die Lichtleitung und die Optik. Für die Leitung des einen elektrischen Stromes, welcher von $E.^1$ ausgeht, dient die ganze Gliederröhre des Apparates ($R.^1$) sowie die beiden äusseren Röhren des Schnabels. Erst in der Kuppe des Apparates geht der Strom durch einen Schleifcontact ($X.^4$) auf die Glühlampe über. Die Glühlampe ist übrigens in einen isolirten Deckel eingesetzt. Brennt die Glühlampe durch, so braucht nur die Kuppe des Schnabels mit dem isolirten Deckel, in welchem die Glühlampe eingesetzt ist, abgeschraubt zu werden, um eine neue Glühlampe einsetzen zu können. Der zweite elektrische Strom hat einen etwas complicirten Weg zu nehmen. An der Beugeseite der Glieder ist nämlich in der Nähe der Gelenkflächen eine zweite Rinne eingefeilt (die erste Rinne befindet sich am Rücken der Glieder und dient, wie schon oben ausgeführt, zur Aufnahme der zwei für die Streckung bestimmten Drähte). In diese zweiten Rinne habe ich ein Neusilberkettchen eingelegt, welches mit Seidentuch überzogen ist ($E.^2$). Durch den Ueberzug ist es von der Röhre isolirt. Der zweite Strom läuft nun von $E.^2$ aus in einem isolirten Drahte, dann in das isolirte Silberkettchen, welches zugleich den Knickungswinkel überbrückt bis zu einem Schleifcontact $X.^1$. Hier tritt der Strom auf die Röhre $R.^3$ über. $R.^3$ ist ja die innere Röhre, welche durch den Schnabel geht, welche ein Zahnrad trägt und auf welche die äussere Röhre mit Prisma und Glühlampen befestigt ist. Die Röhre $R.^3$ nun besteht wieder aus zwei Theilen, der eine Theil mit den Zähnen befindet sich am Knickungswinkel, der andere Theil liegt nach der Kuppe des Schnabels zu. Beide Theile sind isolirt ineinander eingesetzt, und der nach der Kuppe des Schnabels zu gelegene Theil von $R.^3$ ist dadurch, dass er sich in Elfenbeinringen dreht, auch von der äusseren Röhre des Schnabels vollkommen isolirt. Der Strom tritt nun bei $X.^1$ auf den vollkommen isolirt gehaltenen Theil von R^3 über. Bei $X.^2$ tritt er dann in einen isolirten Draht, welcher bei $X.^3$ einen Schleifcontact mit der Glühlampe hat. Um nun beliebig mit Unterbrechung beleuchten zu können, ist die Schraube $E.^1$ isolirt eingefügt. Es geht ein Bügel (*D.*) von hier aus, welcher ebenfalls isolirt ist. Erst wenn der Bügel gegen die Röhre angedrückt oder angeschraubt wird, (vermittels der Schraube *S.*) ist der Contact hergestellt.

Die Optik ist folgendermaassen beschaffen. Das Licht der Glühlampen wird dadurch reflectirt, dass der innere Theil (*Rf.*) der Röhre hier mit Spiegelbelag versehen ist. Das Licht der Glühlampe tritt durch ein röhrenförmiges Glasfenster nach aussen. Die von dem zu besichtigenden Gegenstand reflectirten Strahlen gelangen durch das Prisma *P.* in die Röhre $R.^3$ und zwar ist das hinter dem Prisma befindliche Objectiv eine planconvexe Linse von so kurzer Brennweite, dass das Bild des Gegenstandes direct auf der Hinterfläche der Linse entsteht. Dieses ist das Optimum für die Grösse des Gesichtsfeldes. Die Strahlen gehen nun in $R.^3$ weiter bis zum Knickungswinkel. Dort werden sie von einem Metallspiegel (*Sp.*) reflectirt und zwar axial zur Röhre $R.^2$. Dieser Spiegel ist angelöthet an die äussere Röhre des Schnabels, welcher mit Charnieren versehen, am untersten Gliede von $R.^1$ befestigt ist. Die beiden inneren mit Zahnradkrone versehenen Röhren $R.^2$ und $R.^3$ drehen sich also um den Spiegel herum, während der Spiegel seine Stellung ungeändert beibehält. Da der Knickungswinkel stumpf ist (135°), würde das reflectirte Bild nicht rund, sondern oval werden, wenn nicht vorher eine biconvexe Linse mit starker Brennweite eingefügt würde, welche die Strahlen convergent macht. Hinter dem Spiegel ist eine zweite biconvexe Linse eingefügt, welche dieses Bild in ein umgekehrtes, vergrössertes, reelles Bild umwandelt. Dieses Bild wird von einer weiteren biconvexen Linse übertragen einfach nach der bekannten

Linsenregel, dass Gegenstände in doppelter Brennweite umgekehrte, gleichgrosse, reelle Bilder in derselben Entfernung hinter der Linse haben. Dieses letzte Bild wird dann von dem Ocular, wie von einer Lupe, in ein aufrechtes vergrössertes virtuelles Bild verwandelt.

In das optische System gelangen die Lichtstrahlen durch das total reflectirende Prisma *P.* Durch einen Kunstgriff habe ich nun das Gesichtsfeld noch etwas vergrössert. Bekanntlich gibt eine biconcave Linse ein verkleinertes aufrechtes Bild. Eine solche Linse macht das Bild kleiner, das Gesichtsfeld aber grösser. Durch Concavschleifen der vorderen Prismaflächen habe ich eine solche Linse ersetzt. Die eingedrungenen Strahlen werden nun von der Hinterfläche des Prismas, die ausserdem noch mit Silberspiegelbelag versehen ist, total reflectirt. Diese reflectirten Strahlen treten nun durch die convexgeschliffenen Flächen des Prismas aus. Dadurch werden sie nochmals convergent gemacht, was das Gesichtsfeld abermals vergrössert. Gar zu sehr übertreiben darf man aber die Dioptrien der concaven und convexen Fläche nicht, sonst wird das Bild verzerrt. Bis zu einem gewissen Grade wird die Verzerrung dadurch ausgeglichen, dass man im Magen gleichsam das innere einer Hohlkugel betrachtet.

Es erübrigt nun noch Einiges über die Einführung des Gastroskops zu sagen. Durch einen einfachen Vorversuch kann man, oft ohne Anwendung von Cocain, feststellen, ob bei dem Patienten die Untersuchung leicht gelingen wird. Man führt das längste biegsame Oesophagoskop bis in den Magen ein, welches sich nach entsprechender Lagerung des Patienten ohne Widerstand gerade richten lassen muss. Zeigte sich der Patient im Rachen zu empfindlich, so muss er für die eigentliche Untersuchung cocainisirt werden. (Vergl. Gottstein: Ueber Oesophagoskopie. Verhandlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte No. 69, 1897, II. Th., 2. H., S. 82.) Mit 10 proc. Lösung werden zuerst die Gaumenböden mit dem Zungengrund bepinselt, dann die hintere Rachenwand mit den Sinus pyriformes. Dann lässt man den Pinsel verschlucken und pinselt die Höhe des Ringknorpels aus. Der Apparat wird biegsam gemacht und genau so eingeführt wie mein Oesophagoskop. Der Patient sitzt auf dem Untersuchungstisch. Die Einführung muss ohne Anwendung irgend welcher Kraft leicht gelingen. Der Apparat wird soweit biegsam eingeführt, dass der Knickungswinkel unterhalb der Cardia steht. Das Sehprisma ist der rechten Seite des Patienten zugewendet. Die Entfernung der Cardia muss vorher bestimmt werden, was nach verschiedenen Methoden unschwer möglich ist. Manchmal, wenn der Patient seine Halsmuskeln sehr anspannt, ist es günstiger, in Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper und leicht hintenübergebeugtem Kopf einzuführen. Natürlich muss, um die Halsmuskeln zu erschlaffen, Rücken und Kopf gut gestützt sein. Ist der Apparat genügend weit eingeschoben, so wird der Patient hingelegt mit frei hintenüberhängendem Kopf. Der Assistent steht zur linken Seite des Patienten. Seine linke Hand ist unter den Nacken gelegt und stützt den Kopf, während die rechte auf die Stirn aufgelegt ist und den Kopf nach unten drückt. Es wird nun so durch Lagerung der Speiseweg in eine gerade Linie gebracht und dann erst durch Zusammendrücken des Hebelarmes $H.^1$ der Apparat bis zum Knickungswinkel gestreckt. Diese Streckung soll ohne Anwendung irgend welcher Kraft und ohne Schmerzensäusserung von Seiten des Patienten gelingen. Gelingt dies nicht, was übrigens sehr selten vorkommt, so steht man davon ab. Ein zweiter Versuch ist überflüssig. Es ist mir bei der Oesophagoskopie und zwar gerade da, wo dringliche vitale Interessen vorlagen, vorgekommen, dass zwei vorstehende Schneidezähne das einzige Hinderniss gaben. Ich habe mich nicht gescheut, vorzuschlagen, die Schneidezähne von einem Zahnarzt abzwicken zu lassen. Der Eingriff ist mit ganz unbedeutenden Schmerzen verbunden und der Defect ist durch Stiftzähne vollkommen zu ersetzen. Nachdem der Apparat bis zum Knickungswinkel gestreckt ist, wird das Rohr mit der Zahnradkrone vorsichtig eingeschoben und zwar bis in das unterste Glied hinein, aber nicht ganz bis zum Knickungswinkel. Dann wird der Apparat um 180° rotirt und nun der Hebel $H.^2$ eingeklinkt, wodurch der Schnabel nach vorn gestellt und fixirt wird. Alsdann wird die Röhre $R.^2$ ganz hineingeschoben, wobei darauf geachtet wird, dass der Knopf *M.* der Lage des Sehprisma entsprechend, nach links steht. Dann wird der Deckel *V.* mit dem Bajonnetverschluss *B.* eingesetzt. Nun beginnt man mit der Luftaufblasung des Magens und richtet sich hier genau nach dem Empfinden des Patienten. Zweckmässig ist es auch, mit einer Spritze ein bestimmtes Volumen Luft des vorher auf seine Luftcapacität gemessenen Magens einzublasen. Man schiebt den Apparat bis an die grosse Curvatur, deren Entfernung man vorher durch ein Bougie gemessen und am Gastroskop mit einem Seidenfaden markirt hat. Man stellt nun das Sehprisma nach dem Pylorus zu und den Schnabel nach rechts und betrachtet zuerst den Pylorustheil. Dann wird der Schnabel nach der Mitte und nach links gestellt und in jeder Stellung wird das Prisma um 360° gedreht. Dann wird der Apparat unter Rotation des Sehprismas um 360° streckenweise zurückgezogen. Wieviel die Strecke des Zurückziehens jedesmal beträgt, richtet sich natürlich nach der Grösse des Gesichtsfeldes und muss der Untersucher am Phantom sich einüben. Man kann so methodisch den ganzen Magen absuchen. Es dauert nicht länger als 3—4 Minuten, mitunter genügt schon ein einziger Blick zur Klarstellung der Sachlage. Für die Beleuchtung gilt, dass man sie ab und zu unterbrechen muss. Das muss man vorher ausprobiren, indem man den Schnabel in die Hand nimmt und nun 10—15 Minuten lang mit entsprechenden Pausen beleuchtet. Nach Beendigung der Untersuchung wird der Deckel mit dem Bajonettverschluss gelöst, die Zahnradstange ein kleines Stück zurückgezogen. Dann wird Hebel H^2 ausgeklinkt und der Apparat um 180° rotirt. Dann wird H^1 ausgeklinkt und nun wird erst die Zahnradröhre entfernt und dann der ganze Apparat biegsam herausgezogen. Wenn man auf diese Weise vorgeht, so kann mit dem Apparate nichts passiren.

Es ist selbstverständlich, dass der Arzt verpflichtet ist, vor jeder Untersuchung seinen Apparat auf Haltbarkeit zu prüfen. Die Untersuchung im Körper stellt nun zwar gar keine anderen Ansprüche auf Haltbarkeit, wir wollen aber einmal aus theoretischen Gründen annehmen, der Apparat ginge während der Untersuchung entzwei. Es könnte weiter nichts passiren, dass entweder die Drähte oder die Charniere reissen (da beide zu einander Antagonisten sind). Das Erstere ist ganz belanglos. Reissen die Charniere, so können wir immer den unteren biegsamen Theil an den Drähten und dem Gummiüberzug leicht herausziehen. Die Art der Einführung und Entfernung nimmt schon darauf Rücksicht, dass die Rotation durch die solide Zahnradröhre und die Drähte allein garantirt wird. Der untere Theil ist also immer bei Einführung und Entfernung dem Körper conform biegsam.

Beifolgende Abbildung ist die Photographie des ganzen Apparates, welcher zum Zwecke der Besichtigung in ein Magenphantom eingelegt ist. Hier kann man die ganzen Verhältnisse übersehen.

Die Desinfection des Apparates erfolgt dadurch, dass man ihn mit einem in 5 proc. Carbolsäure getauchten Tuch abwischt. Dann wird der Apparat in 5 proc. Carboltücher eingeschlagen.

Ueber die Indication der Gastroskopie gilt Folgendes: Eine Indication ist vorhanden, wenn man begründeten Verdacht hat auf ein Leiden, welches durch innere Behandlung nicht gebessert

werden kann, oder sich dabei gar noch verschlimmern kann, und wenn es mit anderen Hilfsmitteln nicht gelingt, eine sichere Diagnose zu stellen. Es ist also die Indication analog der bei der Probelaparotomie. Wie ich schon früher ausgeführt habe, wird die Gastroskopie in Frage kommen bei der Frühdiagnose des Krebses.

Weiter kann man sich orientiren über die Ausdehnung des Carcinoms behufs Operation, wenn dies nicht anders gelingt. Werthvolles kann die Gastroskopie auch leisten durch Controliren operirter Fälle auf Recidive. Chronische Magengeschwüre, welche nicht heilen, wird man auf carcinomatöse Degeneration untersuchen, ebenso in den vielen Fällen Narbenstenosen des Pylorus. Der Sitz eines Magengeschwüres, welches man excidiren will, kann bestimmt werden. Die Sanduhrform des Magens wird sich sicher diagnosticiren lassen. Chronische Katarrhe des Magens mit Motilitätsstörungen wird man von Carcinom unterscheiden können. Ferner wird man das Geschwür und die Stenose des Duodenums von dem entsprechenden Magenleiden trennen können. Endlich wird für die grosse Gruppe derjenigen Krankheiten, welche ein anatomisches Magenleiden vortäuschen — der Pseudo-Magenkrankheiten, wie sie Oser nennt — mit der Gastroskopie die Differentialdiagnose entschieden werden können. Hierher gehören Neurosen, welche unter dem Bilde eines Ulcus verlaufen, und Anderes mehr. Für die Chirurgie des Magengeschwüres ist eine localisirte Diagnose mitunter von ausschlaggebender Bedeutung. Hier leistet auch die Probelaparotomie oft nicht das Wünschenswerthe, da man durch Betrachtung der Serosa keinen Aufschluss über die im Innern bestehenden Magenwanddefecte erhält.

Endlich wird man in den seltenen Fällen von Fremdkörpern im Magen, wie Haargeschwülste, Schellackklumpen, diese von Tumoren unterscheiden können.

Es ist ausser Frage, dass der erfahrene Arzt, welcher weiss, auf welchen Process und auf welchen Ort er seine Aufmerksamkeit zu lenken hat, bei der Gastroskopie in kürzerer Zeit mehr leisten wird, als der Unerfahrene.

Die Gastroskopie ist ohne Zweifel die schwierigste endoskopische Methode. Es genügt nicht, sich gelegentlich mit ihr zu beschäftigen, sie will von Grund aus studirt sein. Für die Deutung der Befunde verlangt allerdings die Oesophagoskopie noch mehr Erfahrung.

Man beginne damit, Untersuchungen am Magenphantom anzustellen. Dann lerne man die Einführung des Apparates an frischen Leichen; hierbei wird das Gastroskop in einen Gummischlauch gesteckt, welcher unten verschlossen ist. Dann studire man normale Bilder an Hunden von Oesophagusfisteln aus. Ausserdem muss man sich bemühen, möglichst viel frische pathologische Bilder bei Operationen zu sehen zu bekommen. Man muss sich ein vollkommenes mechanisches Verständniss des Apparates, eine exacte Handhabung desselben, ein feines Gefühl für Sondirung, eine momentane Auffassungsgabe des Gesehenen angeeignet haben.

Es ist mir nicht zweifelhaft, dass in den nächsten Jahren die Gastroskopie, wie jetzt schon die Oesophagoskopie beginnt, an Terrain gewinnen wird. Geübte Specialisten werden auf diesem Gebiete grosse Erfolge erzielen.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Mechaniker Eugen Albrecht in Dresden, welcher den von mir construirten Apparat ausgeführt hat, meinen Dank aus. Der Apparat stellt hohe Anforderungen an das Verständniss, die Geschicklichkeit und Ausdauer des Mechanikers, welche Herr Albrecht glänzend erfüllt hat.

Feuilleton.

Iserlohn—Barmen—Remscheid.

3 Phasen eines Kampfes der Aerzte gegen die Einführung der Landmann'schen Reformen im Cassenarztwesen.

Von Dr. *Winkelmann* in Barmen.

(Schluss.)

So lagen die Sachen noch im August ds. Jahres. 13 Cassenärzte waren angestellt bei etwa 9000 Versicherten. Die Casse zahlte M. 5 an Arzthonorar pro Kopf und Jahr, wofür aber die Aerzte die Verpflichtung hatten, auch die Familienmitglieder zu behandeln. Ausser den Aerzten war angestellt ein Heildiener, Curpfuscher Clemens aus Barmen, der einmal wöchentliche Sprechstunden in Remscheid abhielt und als Vertrauensarzt in chirurgischen Fällen bei der Casse gegen M. 3000—4000 jährliches Gehalt functionirte. (!) Eine Frau Dr. Gisela Kuhn war angestellt worden, gleichfalls mit 4000 M. Fixum, eine Summe, die die Casse der Dame ganz auszahlte, angeblich als Abfindung praenumerando, als die Regierung ihre Anstellung als Cassenärztin untersagt hatte. Ich füge gleich hinzu, dass dieselbe nunmehr für's laufende Jahr die Frauen und Kinder der Cassenmitglieder gratis weiter zu behandeln sich bereit erklärt hat, da sie jedenfalls auch es mit ihren Begriffen von Ehre nicht für vereinbar hält, eine Abfindungssumme ohne Gegenleistung in Empfang zu nehmen.

Am 28. Juli 1898 stand im «Aerztlichen Central-Anzeiger» die Anzeige:

«Collegen, welche bereit sind, sich ausschliesslich der Cassenpr. zu widmen (g. 5—6000 M. Fix.), belieb. i. Bewerb. und M. W. 1574 a. d. Exp. d. A. C.-A. einz.

Diejenigen Collegen, welche sich um die Cassenarztstelle bewarben, erhielten nachstehenden Brief.

«Allgemeine Ortskrankencasse. Remscheid, d. 15. August 1898.

Sehr geehrter Herr Doctor!

Auf Ihre gefl. Bewerbung um die im «Aerztlichen Central-Anzeiger» ausgeschriebene Cassenpraxis machen wir Ihnen folgende vorläufige Mittheilung.

Bei unserer Casse, welche mit Einschluss der gleichfalls versicherten Familienangehörigen circa 23 000 Mitglieder zählt, und an welcher bis jetzt 12 Aerzte thätig waren, hat sich die Ueberzeugung geltend gemacht, dass der cassenärztliche Dienst sich für beide Theile nicht vortheilhafter organisiren lässt, als durch Anstellung von besoldeten Aerzten, welche sich unter Ausschluss von Privatpraxis mit ihrer ganzen Person der Cassenpraxis widmen.

Wir beabsichtigen daher zu vorstehendem System überzugehen und beamtete Aerzte einzustellen.

Sollten Sie geneigt sein, eine Stelle bei unserer Casse anzunehmen, so würden wir Sie bitten, Ihre Bewerbung unter genauer Darlegung Ihrer Verhältnisse, welche eine Beurtheilung Ihrer ärztlichen und sonstigen Qualificationen ermöglichen, baldgef. an den Unterzeichneten einzusenden. Der Gehalt ist auf 6000 M. pro Jahr festgesetzt.

Die näheren Anstellungsbedingungen sind beiderseitiger Vereinbarung vorbehalten.

Die Verwaltung der Allgemeinen Ortskrankencasse.
Der Rendant: Kind.»

Demnach sind die Collegen, welche sich um diese Stellen bewerben, Collegen des Vorstandes der Allgemeinen Ortskrankencasse resp. des Rendanten Kind; oder hat Landmann, dessen Anzeigen nicht mehr überall bereitwillige Aufnahme finden, unter der anscheinend unschuldigen Annonce (M. W. soll wohl den Eindruck erwecken von medic. Waarenhaus?) seinen Gimpelfang ausführen wollen? Von Collegen, welche sich nach den im Schreiben geschilderten Verhältnissen bei den Remscheider Aerzten und beim Kreisphsikus Herrn Dr. Räuber-Lennep, wie sich das bei rechtlich und standesehrlich denkenden Collegen ja von selbst versteht, erkundigten, erfuhren die Remscheider Cassenärzte die Absicht des Vorstandes und erliessen sofort Warnungen in den medicinischen Zeitungen, natürlich ohne Erfolg.

Wie aber mussten sie erstaunt sein, als am 2. September Schreiben an 10 von den früheren 12 Aerzten einliefen, von denen ich eines, das noch ganz besondere Verhaltungsmaassregeln für die Familie eines Cassenarztes mit einschliesst, welcher s. Zt. auf Wunsch der Casse seine Sprechstunden in eine andere, abgelegenere Gegend verlegt hatte, wörtlich wiedergeben will:.

«Remscheid, den 31. August 1898.

Allgemeine Ortskrankencasse Remscheid.

Herrn Dr. . . . . ., Hier.

Die von dem Vorstande in der Sitzung vom 30. cr. gethätigte Neuwahl hatte das Ergebniss, dass Sie als Cassenarzt für das Jahr 1899 wiedergewählt worden sind. Hierbei wurde jedoch die Bedingung gestellt, falls Mitglieder oder deren Angehörige in Ihrer Wohnung Bestellungen machen, solche in ordentlicherer Weise wie bisher seitens Ihrer Frau abgefertigt werden und dass in der Folge auch Consultationen, falls solche gewünscht werden, auch in Ihrer Wohnung vorzunehmen sind. Ihrer Frau wollen Sie in dieser Angelegenheit die nöthige Weisung zutheil werden lassen. Ueber die Annahme Ihrer Wiederwahl wollen Sie uns gefl. in den nächsten 8 Tagen Nachricht geben.

Hochachtend
die allgemeine Ortskrankencasse.
Der stellv. Vorsitzende: Alwin Schäfer.

Nachsatz.

Die am 1. November bezw. 1. Januar 1899 mitangestellten beamteten Cassenärzte participiren an dem Jahreshonorar nach Verhältniss der Behandlungsscheine und Einzelleistungen. D. O.»

Das genügte. Mehr ist wohl nie Aerzten geboten worden: Nach schmachvoller, hinterlistiger Behandlung wird ihnen von den Herren Cassenvorständen (NB. zum I. Mal hochachtend) zugemuthet, eine Maassregel, die geplant war, um nicht nur die Cassenärzte Remscheids, sondern auch den ganzen Aerztestand in seinem materiellen und moralischen Wohl zu schädigen, eine solche Maassregel: das überall richtig verurtheilte Landmann'sche System,

mit einführen zu helfen? Nein, dann sagten sie Alle lieber gleich «Schluss», dann soll die Casse auch plötzlich, ohne Auswahl, zu nehmen gezwungen sein von mit oder ohne ihre Schuld hungernden Aerzten, was sich ihr gerade angeboten hatte. Je grösser die Minderwerthigkeit des rasch herbeigerafften Arztmaterials, um so eher wird sich die Neuerung unmöglich machen. Am 3. September beschloss die Gesammtheit der Remscheider Cassenärzte (mit Ausnahme des Dr. Streppel) am nächsten Morgen die Arbeit für die Casse niederzulegen, aber solange noch nicht genügend für Ersatz gesorgt wäre, die Kranken gegen Baarzahlung zu behandeln. Am Morgen des 4. September, Sonntags, verkündete ein Extrablatt der «Remscheider Zeitung» dieses den Cassenangehörigen. Nun rollen die Ereignisse rasch. Am 4. Nachmittags gingen bereits die ersten Beschwerdebogen mit hunderten von Unterschriften nach Düsseldorf zur Regierung ab. Der Cassenvorsitzende, der sich sofort den Vater Dr. Landmann zu der Sturzgeburt seines Kindes citirt hatte, liess sofort ein Flugblatt los, ohne officielle Erlaubniss[1]) einer Vorstandssitzung, worin er über Contractbruch und Frivolität der Aerzte klagt; er habe nur zwei nicht wiederangestellte Cassenärzte ersetzen wollen durch zwei andere mit festem Gehalt, wusste natürlich noch nicht, dass er bereits in seinen Schlichen erkannt war. Am 7. September erschien derselbe Vertreter der Regierung, der in so geschickter Weise den Barmer Conflict beendet hatte und lud sich den Cassenvorstand und die Abordnung der Aerzte auf das Rathhaus ein. Hier lehnte der Vorsitzende der Casse es ausdrücklich ab, mit den Aerzten zu verhandeln, da er mittlerweile reichlich genügend Aerzte habe. «Weitere Aerzte anzustellen sei unmöglich, weil das für ärztliches Honorar ausgeworfene Geld dies nicht gestatte. Noch weitere 50,000 M. für die alten Aerzte auszuwerfen, die uns in so frivoler Weise behandelt haben, halten wir für unrecht, diese Arbeit müssen wir der k. Regierung in Düsseldorf überlassen.[2]) Der Regierungsvertreter erklärte: «Möge der Vorstand diese Ablehnung nicht zu bereuen haben.» 6 Aerzte hatte die Casse vorzuweisen. Ihre Namen werden ja auch Ihr Interesse ebenso erwecken, wie sie unseren Barmer Aerzteverein interessirt haben. Sie gehören zu den Landmann'schen Aerzten und sollen, wie die Anderen auch, von uns geehrt bleiben. Es sind die Herren Dr. Mitter, Dr. Steding, Löhr, Dr. Müller, Naturheilarzt, Dr. Stammreich und unser alter Bekannter von Barmen her: Dr. Woltmann, «Augenarzt» und Dr. Streppel aus Remscheid; dazu erscheint demnächst Dr. Wolff aus Gladbach, wogegen Woltmann wieder abziehen wird.

So liegen die Verhältnisse seit Anfang September, wie Sie sie wohl bereits in ihren Umrissen zum grössten Theil aus der medicinischen und politischen Presse kennen werden. Anders ist es aber mit der heute vorliegenden Frage, wie functionirt die Einrichtung? Wenn wir das, was einer der neuen Aerzte, Dr. Mitter, kgl. Oberarzt der Reserve, wie er seine Recepte zu unterschreiben pflegte, einem Unterhändler angab, als wahr hinnehmen können, so haben die 6 neuen Aerzte so viel zu thun, dass die Casse ihnen morgens einen Wagen auf Cassenkosten stellen muss! Auch hat der Vorstand bereits jetzt, trotz seiner früheren Behauptung, er habe genug Aerzte, auch kein Geld für weitere Anstellung von Aerzten, eingesehen, dass er noch mehr ärztliche Hilfe nöthig habe. Er schickte einen Angestellten der Casse vor einigen Wochen zu einem der dem Aerztestand angehörigen Collegen, mit der Anfrage, unter welchen Bedingungen dieser sich wieder als Cassenarzt aufnehmen liesse. Natürlich völlige Ablehnung! Dabei haben, ich betone das ausdrücklich, noch nicht einmal alle Remscheider Aerzte es abgelehnt, überhaupt Kassenmitglieder oder deren Familien zu behandeln. Vielmehr haben mehrere der früheren Cassenärzte ganz erkleckliche Einnahmen von ihrer früheren Clientel unter den Cassenmitgliedern. Es ist hiermit der Beweis schon jetzt geliefert und zugestanden, dass die von L. und dem Cassenvorstand angenommene Aerztezahl nicht genügt; es sind aber auch die bereits ausgeworfenen Kosten sowohl jetzt schon zu hoch, als auch ungenügend; das Missverhältniss zwischen Arztkosten und Arztleistung wird aber noch grösser, wenn die Casse, jetzt schon die Bedürfnissfrage bejahend, mehr Aerzte anstellen muss, und wenn im Gegensatz dazu die Casse sich demnächst um Wesentliches verkleinern wird. Wie wir erfahren haben, ist bis 1. Januar bereits eine ganze Zahl von Betriebskrankencassen angemeldet, so dass mindestens 1800 bis 2000, wahrscheinlich aber bis zu 3000 Mitglieder, die allgemeine Ortskrankenkasse R. zum 1. Januar verlassen werden[3]). Es zahlt jetzt schon die Casse 6 × 6000 = 36,000 M. Lohn für die Landmannärzte (auf 3 Jahre contractlich gebunden), circa 3000 M. wird Dr. Streppel erhalten, 4000 M. hat die Frau Dr. G. Kuhn im Voraus als «Entschädigung» erhalten (Heildiener Clemens am Ende auch so viel?), die alten Aerzte haben erhalten resp. werden erhalten an ersatzpflichtigem Arzthonorar mindestens 5 bis 10,000 M., rechnen wir diese Summe incl. der Fuhrwerke auf 7000 M. Stellt die Casse nun noch einen Arzt an, so glaube ich, wird sie diesen auch sicherlich nicht billiger bekommen, als ihre anderen Landmänner, also zu 6000 M., rechnen wir aber denselben als Assistenten (Landmann's Broschüre) mit 3000 M, so haben wir mindestens 51,000 M. Ausgaben an Arzthonorar, gegen früher 45,000 M. Diese Rechnung stimmt auch mit den Angaben des Vorsitzenden überein, dass die ausgesetzte Summe für Arzthonorar bereits vergeben sei. Wird die Casse nun auch nur um 2000 Mitglieder verkleinert, d. i. 2/9, so haben wir nur noch höchstens 7000 Cassenmitglieder mit einer Arztausgabe von circa 50,000 M., also pro Kopf 7 M.; vermindert sich die Zahl noch mehr, um etwa 3000 Mitgl., so haben sie pro Kopf eine Mindestausgabe von 8 M. für die ärztliche Hilfeleistung. Diese Rechnung beweist die Unmöglichkeit der Durchführung des cassenärztlichen Systems nach Dr. Landmann, zunächst für Remscheid. Die dortige Casse hat nun noch nebenher die Absicht, den schon früher gewünschten Krankenhausbau, der ihr immer aus principiellen, wie aus finanziellen Gründen abgelehnt worden ist, als Abhilfe für die eingetretene finanzielle Noth durchzusetzen. Sie rechnet sich in einer Aufstellung, die den sachkundigen Leser geradezu zum Lachen zwingt, heraus, dass sie mit der Führung eines eigenen Krankenhauses mit 3 Aerzten (zu 3000, 2000 und 1000 M. Gehalt bei freier Station) einen Ueberschuss von 8300 M. erzielen wird. Dabei hat die Casse jetzt nur 12,775 Verpflegungstage mit 19,150 M. Unkosten! Der Ueberschuss soll erzielt werden hauptsächlich durch die mit dem Krankenhaus verbundene Poliklinik, mit der Stadtärzte gespart werden sollten. Das Letztere ist jetzt, durch die plötzliche Arbeitsniederlegung, verhindert, da die gleich 6 Landmannärzte auf 3 Jahre angestellt werden mussten mit den unerschwinglichen Kosten. Dass diese Remscheider 6 ebensowenig wie die Barmer 5 ihr gesichertes Einkommen werden fahren lassen, brauche ich nicht anzugeben; dazu fühlen sie sich auch viel zu wohl; es gibt eben Viele, die sich in ihrer Selbstherrlichkeit über Manches hinwegsetzen können.

M. H.! Ich bin fertig mit der Schilderung der Verhältnisse in den 3 Städten mit den sog. «Aerztestreiken». Was haben alle 3 Städte gemeinsam? Was unterscheidet sie? Sind die Aerzte nun am letzten Trumpf angekommen? Dazu schenken Sie mir noch wenige Minuten.

In allen 3 Städten kämpft die Aerzteschaft gegen einen planvoll von Landmann seit Jahren auf sein Endziel «die Cassenpoliklinik» vorbereiteten und politisch organisirten Vorstand, dem von seinem Berather alle Hinterthüren im Krankencassengesetz gezeigt worden sind, um durch sie die sociale Parteipolitik in das Versicherungswesen zu tragen. In diesem Kampfe bedeuten die 3 Städtenamen Iserlohn—Barmen—Remscheid 3 Phasen, verschieden nur durch die Heftigkeit und durch die Deutlichkeit eines sonst durchaus gleichen Kampfes. In Iserlohn benutzen die auf Grund eines gemeinsamen Cassenvertrags angestellten Collegen die frivole Kündigung eines einzelnen Arztes, um gemeinsam gegen der Vorstand vorzugehen, und zugleich versuchten sie bei der Besprechung des neuen Vertrags eine Besserung des geradezu kläglichen Honorars in durchaus bescheidenen Grenzen durchzusetzen — hier fiel Landmann unerwartet ein günstiges Feld der Erprobung seiner Ideen in den Schooss. Unsere Collegen begingen den grossen Fehler, sich auf die Standesehrbegriffe aller Aerzte Deutschlands und die Wirksamkeit ihrer Warnungen zu verlassen[4]), und dann als die 3 von Landmann der Casse, jedenfalls wegen ihrer «herzerfreuenden» Bewerbungsschreiben, empfohlenen Aerzte da waren, dann kam der zweite grösste Fehler: Die Iserlohner Collegen unterstützten, allerdings in einer unbeabsichtigten und bei den durch Bürgerkrankencassen etc. verfahrenen Iserlohner Verhältnisse leicht verständlichen Weise, das neue Unternehmen dadurch, dass sie einen grossen Theil der Versicherten gegen freiwilliges Abonnement weiterbehandelten. So verminderte sich gerade die Zahl

---

[1]) Der Vorstand der hiesigen Allgemeinen Ortskrankencasse besteht nach den Statuten aus 4 Arbeitgebern und 8 Arbeitnehmern, von denen 1 Arbeitgeber und 1 Arbeitnehmer je das Amt eines Vorsitzenden als 1. oder 2. (stellv.) Vorsitzender bekleiden müssen. Engelberth (Arbeitnehmer), der wirkliche Vorsitzende hatte kurz vor Ausbruch des Streikes das Amt, weil er gerichtlich angeklagt war, niederlegen müssen und der Arbeitgeber Emil Schäfer (nicht Alwin) war stellvertretender Vorsitzender (1 Arbeitgeber war ausgeschieden wegen der Hirschmann'schen Sache), es blieben also 3 Arbeitgeber und 8 Arbeitnehmer. Diese 11 Mann hielten am 4. September Nachm. eine Sitzung ab, konnten aber keine Beschlüsse fassen, da eine Vorstandssitzung 24 Stunden vorher einberufen werden muss. Am 5. Sept. Morgens wurde plötzlich (ohne dass am 4. Sept. davon die Rede war), auf Veranlassung der Arbeitnehmer ein Flugblatt verbreitet, wogegen die 3 Arbeitgeber insofern Einspruch erhoben, als unter dem Flugblatte stand: Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse, sie aber (die Arbeitgeber) nicht gefragt waren. Die Arbeitnehmer brauchten die faule Ausrede, es sei dies lediglich geschehen zur Zeitersparniss. (Remscheider Mittheilung.)

[2]) Selbstbericht des Vorsitzenden. Remsch. Zeitung Nr. 213.

[3]) Anmerkung bei der Correctur: Jetzt sind schätzungsweise mindestens 3000 Cassenmitglieder, namentlich wo die Gründung von Innungskrankencassen auch bevorsteht, von der bis jetzt bestehenden Zahl von 9000 Cassenmitgliedern abzuziehen für 1899. Nach anderen Berichten wird sogar nur die gesundheitlich und den Arbeitsverhältnissen nach schlechtere Hälfte der Ortskrankencasse verbleiben. (!)

[4]) In Barmen verzichteten die Aerzte darauf, «Warnungen» ergehen zu lassen, ausgehend von der Annahme, dass anständige Collegen von selbst vorher anfragen und dass die anderen sich durch «Warnungen» bis jetzt nirgends haben abhalten lassen.

der Anhänger der alten Aerzte, die sich am ehesten über die Unzulänglichkeit der Massenbehandlung im ärztlichen Grossbetriebe Iserlohn beschwert hätten. Ohne diese begründeten Beschwerden musste es jeder Aufsichtsbehörde schwer werden, helfend einzugreifen.

Barmen zeichnet sich dadurch aus, dass hier die Cassenkämpfe mit Hilfe des gesetzlichen Eingreifens der Aufsichts- und Oberaufsichtsbehörden rasch erledigt wurden noch ehe es überhaupt zu einer Festsetzung des Landmann'schen Gefolges und Treibens kommen konnte, obgleich gerade Barmen langsam aber sicher vorbereitet wurde für die köstlichen Gespinnste Landmann'schen Hirnes. Schon Ende 1896 wollte die Casse genau dasselbe hier einführen. Schon damals setzten wir soviel Hebel in Bewegung als nöthig, um jedes Weiterdrängen zurückzuweisen: Hier hatte die Casse nicht eins, nein massenhaft Eisen im Feuer. Hier gelang es schon seit Jahren die intimsten Wünsche des ehrgeizigen, aber von Landmann's Ideen ganz abhängigen und den Cassenärzten stets übelgesinnten Vorstandes aufzudecken und zu verfolgen. Und als der Vorstand alle Minen gefüllt hatte, um sie gegen die Aerzte springen zu lassen — da kam Landmann's übelberüchtigte Brochüre siegesbewusst heraus; aber — man hatte die Rechnung ohne den Wirth gemacht. Die schönen Früchte waren unreif gefallen und dürfen mindestens noch 3 Jahre auf Stroh liegen und reifen oder faulen.

Remscheid wird uns aber einen ganz neuen Erfolg bringen. Dort fängt der Krieg an, wo unser Frieden geschlossen wurde. In R. sind die Landmann'schen Projecte theilweise verwirklicht: er hat abhängige und gefügige Aerzte an der Casse, aber noch keine Poliklinik, noch kein Krankenhaus. Beides wird er nie bekommen. Der Stein, den er der Regierung durch vorschnelle und vollständige Verausgabung aller verfügbaren Mittel in den Weg gelegt, der wird ihm selbst ein Stein des Anstosses. Die Aerzte werden ihren 3jährigen Vertrag mit 6000 M. Gehalt nicht hergeben, auch wenn er sie im Interesse seiner Sache darum thränenden Auges bitten sollte. Sie werden höchstens wünschen, dass noch mehr so «unabhängige» Cassenärzte in ihren herrlichen Verein eintreten können, damit «concordia parvae res crescunt», ihr Wahlspruch, in Verwirklichung treten könne. Originell ist übrigens auch das nunmehrige Hervorkehren der «königstreuen Gesinnung[3]» und der Unabhängigkeit in politischer Beziehung, geradezu ebenso, wie in seiner Berichtigung im ärztl. Vereinsblatt Dr. Holländer-Barmen versichert, in seinem Vertrag sei von ihm keine politische Parteistellung verlangt. Gott bewahre! So dumm ist man heute nicht. Eine Aussprache irgend eines politischen Zwecks würde jeden Vorstand in Strafe und schliesslich zur Absetzung bringen. Die Aerzte sollen ja erst der Partei allmählich gewonnen werden (s. L.-Broschüre). Sehen wir auf die ruhige Haltung der Regierung während der Remscheider Ereignisse, so verstehe ich sie nur so, dass man in Düsseldorf dieselbe Auffassung hat, wie wir sie heute schon besprachen. In Remscheid soll der Reformator im eignen Fette schmoren. Ein etwas heroisches, aber sicher wirkenden Mittel, mit dem die Remscheider Collegen kurzen Schluss bei der Casse machen könnten, wird von Luganus u. Co.[4]) ja selbst angegeben: Wenn die Remscheider alten Aerzte im Hinblick auf die wiederholten Erklärungen des Cassenvorstands und seiner Aerzte, er brauche keine nicht-cassenärztliche Hilfe, er sei mit Aerzten reichlich versehen, sich verpflichteten, gar keine Cassenmitglieder und deren Familien, auch nicht gegen Baarzahlung, auch nicht in Nothfällen zu behandeln — dann wäre wohl der letzte Trumpf gegen das durch und durch faule System L.'s und seiner Zöglinge ausgespielt und sicherlich nicht ohne Erfolg. Ob die Remscheider Collegen diesen letzten Sturmangriff überhaupt noch nöthig haben oder zu übernehmen gesonnen sind, weiss ich nicht; ich hoffe auch nicht, dass es noch nöthig wird.

Das Eine aber glaube ich bestimmt behaupten zu können: Das ganze L.'sche System der kassenärztlichen Fürsorge hat sich bisher überall, wo es probirt ist, als selbständiges System nicht bewährt. Es ist unmöglich und undurchführbar, wenn es sich nicht auf die Beihilfe und Unterstützung der ansässigen Aerzte stützen kann. Dass aber alle Aerzte sich in dieser Ueberzeugung mit allen Mitteln auch gegen die unscheinbarsten Anfänge derartiger Bestrebungen, welche den moralischen und materiellen Ruin des Standes bezwecken, sträuben mögen, dazu mögen meine schwachen Worte und meine Arbeit das ihre beitragen.

Wohl ist es ein schöner Beruf des Arztes, Schmerzen zu lindern, Thränen zu trocknen, Noth, Kummer und Sorge von unsern Schutzbefohlenen fern zu halten, noch schöner aber wäre es, wir könnten die bittre Noth allen unsern Collegen ersparen und für die Familien derselben genügend sorgen. Auch für's eigene Heim und unsern Stand brauchen wir Nächstenliebe und ein ganzes Herz.

[3]) Der von den «beamteten Cassenärzten» gegründete «Verein Remscheider Ortscassenärzte» hatte in einem öffentlichen Inserate als Zweck des Vereins u. A. angegeben: Pflege königstreuer Gesinnung; das Inserat enthielt ferner das Motto «Concordia parvae res crescunt».

[4]) Pseudonym eines beamteten Cassenarztes. (Dr. Mitter.)

Referate und Bücheranzeigen.

William Macewen, M. D.: Die infectiös-eitrigen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Meningitis, Hirnabscess, infectiöse Sinusthrombose. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. **Paul Rudloff**, Ohrenarzt in Wiesbaden. Mit zahlreichen Abbildungen. Verlag von Bergmann in Wiesbaden 1898.

Die Uebersetzung des ausgezeichneten Werkes des englischen Chirurgen, welches schon 1893 erschienen ist, ist dankbar zu begrüssen, umsomehr, als dieselbe gut gelungen und kaum als Uebersetzung zu erkennen ist.

Eigenartig an Macewen's Buch ist, dass es fast ausschliesslich auf den eigenen, aber sehr reichen Erfahrungen des Verfassers basirt, und dass es von einem Chirurgen geschrieben ist, während alle neueren Werke über dasselbe Thema von Ohrenärzten herstammen. «Da die Mehrzahl der eiterigen Hirnaffectionen im Anschluss an eine vernachlässigte Otitis media entsteht», handelt auch Macewen's Buch fast nur von solchen. Dem Nachtheil, dass der otiatrische Theil weniger sachgemäss behandelt ist, steht der Vortheil der allgemeinen Erfahrung des Chirurgen gegenüber. Niemand wird das wohlthuend objectiv geschriebene Buch des scharf beobachtenden Verfassers aus der Hand legen, ohne aus demselben gelernt zu haben.

Der Pathologie ist ein ziemlich eingehendes Capitel über chirurgische Anatomie vorausgeschickt. In die Pathologie sind die zahlreichen Krankengeschichten eingestreut, welche einen sehr grossen Theil des Buches einnehmen. Den Schluss bilden Behandlung und Resultate.

Aus dem reichen Inhalt sei nur als besonders bemerkenswerth erwähnt, dass der Verfasser der Schädelpercussion eine weitgehendere diagnostische Bedeutung zumisst als bisher der Fall war, und ferner das unerwartet günstige Resultat der operativen Behandlung bei beginnender Meningitis.

Was die Resultate der einfachen operativen Eröffnung der Mittelohrräume anbelangt, so hat Macewen sämmtliche 38 Fälle, bei welchen sich die Erkrankung auf die Mittelohrräume beschränkte, zur Heilung gebracht und in keinem einzigen Falle Recidive gesehen. Das letztere Resultat steht aber mit dem aller Ohrenärzte so in Widerspruch, zumal, da sich auch Cholesteatome darunter befinden, dass man wohl an eine mangelhafte Controle denken darf.

Dr. Scheibe.

Gustav Brühl-Berlin: Das menschliche Gehörorgan. In 8 topographischen Bildern mit erläuterndem Texte. München, J. F. Lehmann. Preis 6 Mark.

In 8 Bildern führt uns der Autor die topographischen Verhältnisse des menschlichen Gehörorgans vor Augen; die Zeichnungen liegen schichtenweise, umklappbar übereinander und zeigen uns die Lageverhältnisse all' der wichtigen Organe, die in der Nachbarschaft des Gehörorgans liegen, sowie letzteres selbst mit seinen makroskopisch-anatomischen Einzelheiten. Bild 1 und 2 umfassen die Ohrmuschel, sowie das macerirte Schläfenbein, Bild 3 zeigt uns neben einigen eröffneten Warzenzellen und dem beleuchteten Trommelfellbild den Schläfelappen des Grosshirns im Bereiche der Schuppe, Bild 4 und 5 das Mittelohr mit Gehörknöchelchenkette nebst zugehörigen Nerven und Muskeln, sowie das Verhältniss zwischen Mittelohr und Tube einerseits, und Antrum und Warzenfortsatzzellen andererseits. Bild 6 orientirt uns über Lage und Verlauf des Sinus transversus, der Carotis interna im Bereiche des Canalis caroticus, des Nervus facialis mit seinen hierhergehörigen Aesten, sowie über den Verlauf der Nervi petrosi und deren Beziehungen zu Facialis, Glossopharyngeus und sympathischem Geflecht der Carotis. Bild 7 und 8 führen uns das knöcherne Labyrinth uneröffnet und eröffnet vor Augen.

Ein erläuternder Text, sowie anhängend ein mit Nummernverzeichniss und Erklärung versehenes Schema der einzelnen Abbildungen erleichtern das Studium derselben. Die Abbildungen sind von dem Autor nach Präparaten in 3facher linearer Vergrösserung gezeichnet und von Kunstmaler Zorn in Freiburg i. Br. in Aquarell ausgeführt.

Bei der Schwierigkeit, geeignete anatomische Präparate zu erhalten, werden die vorliegenden Bilder wohl von Vielen, die sich über die Verhältnisse dieses complicirten Organismustheiles eingehender orientiren wollen, dankbar begrüsst werden. Auch bei dem klinischen Unterricht dürften sie — neben der Demonstration anatomischer Präparate, die Abbildungen ja nie ersetzen können — dem Studirenden das topographische Verständniss erleichtern. Hecht-Freiburg.

Bum: Handbuch der Massage und Heilgymnastik. Für praktische Aerzte. Zweite Auflage, mit 172 Holzschnitten. Urban und Schwarzenberg, Berlin 1898.

Dass die günstige Kritik, welche das Buch bei seinem ersten Erscheinen erfuhr, eine berechtigte war, zeigt das ausserordentlich rasch eingetretene Bedürfniss einer zweiten Auflage.

Erhebliche Umänderungen waren nicht nothwendig, doch sind wichtige Errungenschaften der zwei letzten Jahre berücksichtigt worden. Die neuesten Apparate, die Herz in Wien für die maschinelle Heilgymnastik auf völlig originellem Princip (Excenterapparate) zur Zeit herstellt, sind empfohlen und abgebildet.

Die Uebungstherapie bei gewissen Nervenleiden, besonders der Tabes, nach Frenkel und Goldscheider ist ausführlicher erörtert. Bum selbst hat gute Erfolge mit dieser Methode erzielt.

Das vorzüglich ausgestattete Buch bedarf erneuter Empfehlung nicht, es hat sich seinen Platz bereits erobert.

Vulpius-Heidelberg.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin, 1898, No. 48.

K. Classen: **Ueber familiäre Kleinhirnataxie.**

Verfasser berichtet über 3 Fälle von familiärer Ataxie. Die Hauptsymptome sind: schwankender Gang, choreaähnliche Zuckungen der Gliedmassen, neurasthenisches Vorstadium, geringe Skoliose. Die Erscheinungen werden unter Berücksichtigung der Literatur auf eine Atrophie des Kleinhirns zurückgeführt. Der Stammbaum der Familie, in der die Krankheit erblich vorkam, wird vom Verfasser mitgetheilt. W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie, 1898, No. 48.

1) Rudolf Savor-Wien: **Fall von Milzexstirpation während der Schwangerschaft wegen traumatischer Ruptur.**

Eine 31jährige V. Para, im 6. Monat schwanger, bekam von einem betrunkenen Mann Fusstritte in die linke Bauchseite und kam in Chrobak's Klinik. Am folgenden Tage Zeichen innerer Verblutung; desshalb Laparotomie, welche als Quelle der Blutung eine Milzruptur aufdeckte. S. exstirpirte die Milz. Ungestörte Heilung; auch die Schwangerschaft ging weiter. Patientin gebar zur rechten Zeit spontan ein lebendes, ausgetragenes Kind. Die exstirpirte Milz war nicht normal, sondern vergrössert, weich und blass, was S. auf einen vor 7 Jahren überstandenen Puerperalprocess zurückführt. In der Literatur fand S. 8 Milzexstirpationen des durch ein Trauma zerrissenen Organs, davon genasen 5 und starben 3. Folgen hatte die Entfernung der Milz in S.'s Fall weder für die Mutter noch für das Kind.

2) J. Pfannenstiel-Breslau: **Noch ein Wort zur Discussion über die Syncytiumfrage.**

Eine Erwiderung auf Kritiken der P.'schen Mittheilungen im Centralblatt No. 23 (cf. diese Wochenschr. No. 25, S. 790) von Freund, Marchand und besonders Kossmann. Zum Referat nicht geeignet. Jaffé-Hamburg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 31. Band, 3. Heft. A. Hirschwald, Berlin.

1) Loewenfeld: **Weitere Beiträge zur Lehre von den psychischen Zwangszuständen.** (München.)

L. veröffentlicht eine grosse Reihe eigener Beobachtungen über Zwangsempfindungen und -Hallucinationen. Die Zwangshallucinationen werden entweder durch Zwangsvorstellungen und Erinnerungen ausgelöst, theils treten sie originär auf. Im Anhang bespricht er einige Fälle von Zwangsaffecten (unmotivirte Anfälle von Sehnsucht, Eifersucht etc.) In therapeutischer Hinsicht schien in einem Falle die Suggestion von Einfluss zu sein.

2) Bychowski: **Beiträge zur Nosographie der Parkinson'schen Krankheit (Paralysis agitans).** (Aus Goldflam's Klinik, Warschau.)

An der Hand von 23 Fällen dieser immerhin nicht häufigen Erkrankung bespricht der Verfasser das Symptomenbild in seinen verschiedenen vom Typus abweichenden Formen. Er betont, dass die übliche Anschauung, es handle sich bei der Paralysis agitans um eine Erkrankung des Seniums, unbegründet sei. Das Trauma — psychischer oder körperlicher Natur — spielt eine gewisse Rolle in der Aetiologie. Hysterische Zustände finden sich häufiger, das Zittern ist kein Kriterium, es gibt Fälle ohne Agitation und Paralyse u. s. f.

3) Probst: **Zu den fortschreitenden Erkrankungen der motorischen Leitungsbahnen.** (Psych. Klinik Graz.) Mit vier Tafeln.

P. berichtet über mehrere Fälle von amyotrophischer Lateralsklerose und bringt von einem Falle den sehr ausführlichen, durch zahlreiche Photographien erläuterten mikroskopischen Befund. Er verfolgt die Degeneration der Pyramidenbahn bis in ihre Einstrahlung in die hinteren Abschnitte der oberen und mittleren Stirnwindungen und in die vordere Centralwindung, ferner war eine ausgesprochene Betheiligung der Rindenzellen dieser Windungen und der entsprechenden Balkenabschnitte nachzuweisen.

4) Jacobson: **Ein Solitärtuberkel des Linsenkerns und des Kleinhirns** nebst Bemerkungen zur Theorie der Entstehung der Stauungspapille und zum Verlaufe der sensiblen Bahnen. (Berlin).

Bei einem 5jährigen Kinde entwickelte sich allmählich linksseitige Hemiplegie und Hypaesthesie. Der Schädelumfang nahm zu. Augenhintergrund normal. Bei der Section fanden sich die obengenannten Tumoren, von denen der eine den hinteren inneren Kapselschenkel mit zerstört hatte. Stauungspapille fehlte in Folge des Auseinanderweichens der Schädelknochen.

5) Gudden: **Ueber einen Fall von Knickung der Medulla oblongata und Theilung des Rückenmarkes.** (Psych. Klinik Tübingen.) Mit 4 Tafeln.

Die Missbildung fand sich bei einem neugeborenen hydrocephalischem Kinde.

6) Kuhn: **Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Lues in der Anamnese von Tabischen und Nichttabischen.** (Nervenklinik der Charité.)

Der Verfasser hat das gesammte Material der Charité in den Jahren 1894—96 an Nervenkranken: 214 Tabiker gegen 600 anderweitige Nervenerkrankungen auf die obige Frage nachgesehen und nur ganz sichere Angaben über Lues gelten lassen. Es fand sich ein 5mal so grosses Procentverhältniss der Tabischen als der Nichttabischen mit sicherer syphilitischer Anamnese. Die Reumont'sche Zahl (1 Proc. aller Syphilitiker wird tabisch) erscheint als erheblich zu hoch.

7) Köppen: **Ueber Gehirnkrankheiten der ersten Lebensperioden als Beitrag zur Lehre vom Idiotismus.** (Psychiatrische Klinik der Charité.) Mit 2 Tafeln.

K. constatirt in 2 Fällen an Idiotengehirnen Veränderungen der Hirnrinde (Infiltrate, sklerotische Stellen etc.), die auf früher acquirirte Erkrankungen schliessen liessen und von denen aus ein schädigender Einfluss auf die Rindenzelldegeneration denkbar wäre.

8) Moeli: **Ueber atrophische Folgezustände in Chiasma und Sehnerven.** Mit 2 Tafeln und 27 Textbildern.

M. hat in 6 Fällen von auf- und absteigender Degeneration des Opticus das Chiasma genauer untersucht und gibt auf Grund der Befunde ein Bild von dem Kreuzungsvorgange der Opticusfasern im Chiasma. Genaueres siehe Original.

9) Klinke: **Ein Fall von sogenannter cerebraler Kinderlähmung.** Tost. (Mit 2 Tafeln.)

Bei einem Idiotengehirn fand sich eine Schrumpfung der linken dritten Stirn- und vorderen Centralwindung und im Anschluss daran eine absteigende Degeneration eines Theiles der Pyramidenbahn, zu der im Hirnschenkelfuss auch eine Degeneration des medialen Brückensystems kam.

10) Köppen: **Ueber Encephalitis.** (Psychiatrische Klinik der Charité.) Mit 1 Tafel.

Verf. bespricht folgende Fälle: 1) Erwachsener Mann, Sehschwäche, Kopfschmerzen seit 2 Jahren, plötzliches Coma mit Muskelspasmen, Stauungspapille. Dauer 4 Tage. Section: Encephalitis im Hemisphärenmark. 2) 43jähriger Mann, acut mit Zuckungen des ganzen Körpers, besonders der rechten Seite, erkrankt, Hemiplegia dextra, Coma. Section: Endocarditis diphth. Encephalitis der linken Hemisphäre. 3) 46jähriger Mann, Alkoholiker, Augenmuskellähmung, Demenz, comatöser Zustand. Section: Erweichungsherde im Zwischenhirn und Hirnrinde. Haemorrhagische Encephalitis im Parietallappen. Chr. Jakob-Bamberg.

Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Band 24, Heft 2.

Lochte: **Ein Fall von Situs viscerum irregularis nebst einem Beitrage zur Lehre von der Transposition der arteriellen grossen Gefässstämme des Herzens.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig.) Mit 3 Figuren im Text.

M. Lange: **Ueber complete Verdoppelung des Penis, combinirt mit rudimentärer Verdoppelung der Harnblase und Atresia ani.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig.) Mit 5 Figuren im Text.

Beide Arbeiten sind nicht zum Referat in dieser Zeitschrift geeignet.

Kockel: **Die mikroskopischen Vorgänge beim Nabelschnurabfall und ihre Verwerthung zur Bestimmung der Lebensdauer Neugeborener.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig.)

Schon wenige Stunden nach der Geburt tritt bei Neugeborenen eine leukocytäre Infiltration nächst dem basalen Theile der Nabelschnur auf, welche auf die Grenze von Nabel und Nabelstrang beschränkt ist und zunächst die obersten Cutisschichten befällt, erst später tiefer eindringt. Ihr Vorhandensein ist absolut charakteristisch für extrauterines Leben, auch wenn Lungen- und Magendarmprobe versagen. Todtfaule Früchte können ebenfalls periumbilicale Infiltration zeigen; aber diese besitzt dann nicht die typische Anordnung und infiltrirt diffus Nabelstrang und in weiterer Ausdehnung die Cutis. Fehlen dieser Infiltration beweist jedoch nicht, dass ein extrauterines Leben nicht stattgefunden habe. Im gegebenen Falle bezeugt sie aber eine gewisse Dauer des Lebens und lässt diese sogar ungefähr bestimmen. Kleine, oberflächliche Infiltrate an der oberen oder unteren Circumferenz der Nabelschnurbasis sprechen für eine Lebensdauer von 1—3, ringförmige, ganz oberflächliche für eine solche von mindestens 2–4 Stunden. Auftreten von Eiterkörperchen in den etwas tieferen Schichten der Nabelschnur (0,5—1 mm unter der Oberfläche) deutet auf ein Leben von ungefähr 8–14 Stunden, während das Vorhandensein einer die ganze Nabelschnurbasis durchsetzenden Infiltration mit Wahrscheinlichkeit auf eine Lebensdauer von mindestens 24 Stunden schliessen lässt. Eine besonders mächtige Demarcationsplatte macht eine Lebensdauer von mindestens 2 Tagen wahrscheinlich.

R. Graupner: **Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des sympathischen Nervensystems.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig.)

Verfasser fand, dass die Anfangs nackten Nervenfasern des Ischiadicus sich während des Foetallebens mit Mark bekleiden. Der Sympathicus thut dies erst extrauterin, besonders zur Zeit des Eintrittes der Geschlechtsreife, und erlangt seine höchste Ausbildung erst um das 30. Lebensjahr. Verfasser glaubt daher, dass die Markentwicklung entsprechend der wachsenden Inanspruchnahme der Nerven geschehe; dort, wenn der Foetus die ersten Bewegungen macht, hier, wenn das Geschlechtsleben und die höhere Anspannung der physischen und geistigen Kräfte im Kampfe um's Dasein sich geltend machen. Die Pigmentirung der Ganglienzellen des Sympathicus scheint sich erst nach vollzogener Entwickelung der markhaltigen Nervenfasern des letzteren auszubilden.

Von pathologischen Veränderungen finden sich am Sympathicus: 1. Atrophie der Ganglien und Fasern mit oder ohne Betheiligung des Bindegewebes der Ganglienknoten. Sie wird beobachtet bei Krankheitsmarasmus, besonders bei demjenigen, welcher bei Erkrankungen des Centralnervensystems bedingt ist, am hochgradigsten jedoch bei senilen Individuen. Klinische Erscheinungen fehlen. Der Sympathicus bildet sich eben zurück, wenn er nicht mehr so in Anspruch genommen wird, wie er sich früher eben entsprechend dem vermehrten Bedarf ausgebildet hat. 2. Entzündung und fettige Degeneration, secundäre Geschwulstbildung und Tuberculose. — Die Untersuchung des Sympathicus eines Basedowkranken war vergeblich; dagegen zeigte sich bei Diabetes mellitus ein allerdings unconstanter Befund: 2mal Bindegewebevermehrung in den Semilunarganglien mit Beeinträchtigung der dort gelegenen Nervenfasern, 1mal Degenerationsherde im Halsgrenzstrang und dem rechten Splanchnicus. Die bei Morbus Addison. erhobenen Befunde sind grösstentheils bedeutungslos; die 5 Fälle, in welchen man das Gegentheil annehmen könnte, sind aber nicht einwandsfrei, weil in Fällen, wo kein Addisonsymptom vorhanden war, dieselben Veränderungen gefunden worden sind.

A. Birch-Hirschfeld: **Ueber das Eindringen von Darmbacterien, besonders des Bacterium coli commune in das Innere von Organen.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig.)

Birch-Hirschfeld hält ein Eindringen des Bacterium coli commune während des Lebens bei intactem Darme für unwahrscheinlich. Jedoch konnte er nachweisen, dass schon geringe Darmveränderungen, besonders Epithellaesionen, ein Eindringen der Mikroorganismen in die Darmwand möglich machen. In der Agone geschieht die Durchwanderung auch ohne nachweisbare Darmlaesionen. Post mortem finden sich nach ca. 10 Stunden in den benachbarten Organen meist die Bacterien. Darmveränderungen scheinen die postmortale Aussaat der Bacterien nicht zu begünstigen. Das Bacterium kann Blut-, Lymph- und Gallenwege benützen, aber auch direct durch den Darm durchdringen. Solche Befunde beeinträchtigen natürlich die Beweiskraft der post mortem zum Zwecke der Erforschung von Krankheitsursachen aus Leichentheilen entnommenen Culturproben. Auch die Bestimmung der Virulenz ist nicht zu verwerthen, da auch die nachträglich vom Darme eingedrungenen Bacterien eine hohe Virulenz besitzen können.

Nakerai: **Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen in den gesunden Genitalorganen von Phthisikern.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig.)

Bei Männern fanden sich im Hoden, Nebenhoden und Samenbläschen Bacillen in äusserst spärlicher Anzahl, aber vermuthlich noch infectionsfähig. N. nimmt an, dass solche Bacterien wohl Genitaltuberculose des Weibes, aber kaum auf directem Wege ein tuberculöses Ei erzeugen können. Kockel bemerkt zu dieser Arbeit, dass sich die Bacillen nicht immer, aber auch nicht selten finden, am häufigsten in den Samenblasen, dass diese letzteren vermuthlich der Hauptübergangsort für Bacillen aus dem Blute in's Sperma sind, und dass Impfungen die Virulenz dieser Bacillen nachgewiesen haben.

F. V. Birch-Hirschfeld, Freitag, Bruns, Graupner: **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nierengeschwülste.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Leipzig.)

1. F. V. Birch-Hirschfeld: **Sarkomatöse Drüsengeschwulst der Niere im Kindesalter.** (Embryonales Adenosarkom.)

Beschreibung zweier Fälle dieser Geschwulst; im einen Falle prävalirten die epithelialen, im anderen die Elemente des Archiblast. Für solche Geschwülste ist charakteristisch, dass sie aus wucherndem, unfertigen Drüsengewebe und archiblastischem Keimgewebe bestehen. Das Carcinom bildet sich aus fertigem Drüsengewebe; dieser Umstand, die klinischen Erscheinungen, welche dort diejenigen des Sarkoms sind, und das frühzeitige Auftreten unterscheidet die Geschwulst vom echten Carcinom. Vom reinen Sarkom trennt die Geschwulst aber die Betheiligung epithelialer Elemente. Es ist wahrscheinlich, dass die Geschwülste vom Wolff'schen Gang ihren Ausgang nehmen.

2. Freitag: **Beitrag zur Casuistik des primären Nierensarkoms.**

3. C. Bruns: **Ein Fall von primärem Spindelzellensarkom der Niere.**

Die Beschreibung dieser Tumoren rechtfertigt sich desshalb, weil echte Sarkome der Niere entgegen der landläufigen Meinung sehr selten sind.

4. R. Graupner: **Ein malignes Hypernephrom mit hyaliner Degeneration des Stromas.** (Cylindrom.)

Aus der Beschreibung des mikroskopischen Bildes der Geschwulst seien nur der alveoläre Bau und die vielfach stark verzweigten, glasigen Aeste der Septa (das Cylindromgewebe) hervorgehoben. Verfasser betont mit Recht, dass man die Hypernephrome, nachdem nachgewiesen ist, dass die Nebennierenrinde und die «versprengten Keime» derselben von einem echten Epithel abstammen, ohne Bedenken unter die Carcinome einreihen dürfe.

5. Graupner: **Zur Histogenese des primären Nierencarcinoms.**

G. unterscheidet 1. infiltrirende Carcinome, welche unter Erhaltung der Nierenform nach Art eines Plattenepithelkrebses in soliden Strängen vom Nierenbecken her das Parenchym infiltriren, vor Allem die Drüsencanäle als Strasse benützend, und bei Ulcerationen der im Nierenbecken gelegenen Theile zu profusen Blutungen führen können. Ihre Zellen gleichen den Nierenbeckenepithelien. 2. Das knotige Nierencarcinom, in einzelnen, abgekapselten Tumoren im Nierengewebe sitzend, entwickelt sich meist in der Rinde aus den Harncanälchen (vielleicht auch aus Resten überschüssiger foetaler Harncanälchenanlagen) mit oder ohne adenomatöse Zwischenstufe. Seine Zellen tragen den Charakter foetalen Harncanälchenepithels. v. Notthafft-Bonn.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 49.

1) G. Freund-Königsberg i. Pr.: **Zur Kenntniss der acuten diffusen Myocarditis.** (Schluss folgt.)

2) F. Blumenthal und P. Jacob-Berlin. **Zur Serumtherapie des Tetanus.**

Die Verfasser trafen folgende Versuchsanordnung: Sie inficirten Ziegen mit Tetanusgift und zwar einer mehrfach tödtlichen Dosis und injicirten 3 bis 4 Tage nach der Injection subarachnoideal — mittels duraler Infusion — 10 bis 30 ccm einer Flüssigkeit, welche das 1000 bis 2500 fache derjenigen Menge Tetanusantitoxin enthielt, die im Stande ist, das Toxin im Reagensglase zu neutralisiren. Der Effect war in allen Fällen vollkommen negativ, sämmtliche Thiere gingen zu Grunde, d. h. das bereits «im Centralnervensystem verankerte» Tetanusgift konnte mit Hilfe der Dural-Infusion nicht mehr daraus entfernt werden.

3) H. Wullenweber-Kiel: **Zur Verbreitung der venerischen Erkrankungen in Kiel.**

Verfasser publicirt hiemit eine ausführliche statistische Studie über obiges Thema, aus der hervorgeht, dass in den genau beobachteten Jahren 1892 bis 1897 die geheime Prostitution stets zahlreichere syphilitische Erkrankungen aufzuweisen hatte, als die controlirte, öffentliche; auch in den übrigen Genitalerkrankungen boten die controlirten Dirnen günstigere Verhältnisse Die breiten Condylome kamen bei den nicht controlirten Prostituirten sehr viel häufiger und zahlreicher vor, als bei den unter Controle stehenden. Die Ansteckungsgefahr ist daher bei der geheimen Prostitution stärker als bei der öffentlichen.

4) M. Arndt-Dalldorf: **Ueber alimentäre Glykosurie bei einigen Neuropsychosen.**

Im Ganzen hat Verfasser 96 Fälle untersucht. Bei 31 Fällen von Hysterie erhielt er zweimal ein positives Resultat; bei sämmtlichen 7 Kranken mit Hypochondrie und genuiner Epilepsie (13) ein negatives; von 21 melancholischen Kranken zeigten 5, von 7 stuporösen Kranken 1 positives Ergebniss; unter 6 Fällen von Manie war nur 1 Kranker mit alimentärer Glykosurie. Unter 11 Kranken mit traumatischen Neuropsychosen boten 4 positives

Resultat. In sämmtlichen untersuchten Fällen zeigten 14,4 Proc. positiven Versuchsausfall. Aus den Versuchen ergab sich ferner die Berechtigung der Auffassung, dass den traumatischen Neurosen hinsichtlich des Phänomens der alimentären Glykosurie unter den functionellen Nervenkrankheiten, eine Sonderstellung zukommt. Die Versuche sind sämmtlich an ausgeprägten, fast ausnahmslos schweren Fällen vorgenommen.

5) A. Baginsky-Berlin: **Ueber Pericarditis im Kindesalter.**

Cfr. Bericht der Münch. med. Wochenschrift über die Sitzung der Berl. med. Gesellschaft am 26. October 1898.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1898. No. 48.

1) Wilhelm Croner: **Ueber die Magenbeschwerden im Frühstadium der Lungenschwindsucht.** (Aus der k. Universitäts-Poliklinik in Berlin.)

Nach den an poliklinischem Material geführten Untersuchungen sind die dyspeptischen Störungen der Phthisiker in der Regel nur functioneller und nicht organischer Natur. Die von Holland in dieser Hinsicht als aetiologischer Factor angesprochene Ueberernährung, wie sie zu therapeutischen Zwecken empfohlen wird, ist nur in seltenen Fällen die Ursache der Dyspepsie. Diese Erklärung der gastrischen Störungen ist ein Grund mehr, für alle Fälle, die sich im Frühstadium der Lungenschwindsucht befinden, gleichviel ob arm oder reich, ob Privatheilanstalt oder Volksheilstätte, die Anstaltsbehandlung zu empfehlen. —

2) Martin Thiemich: **Zur Pathologie der Pilzvergiftungen.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau.)

Th. macht unter Mittheilung zweier Fälle von Vergiftung mit Amanita bulbosa und Russula emetica auf ein bisher nicht beobachtetes Symptom aufmerksam. In beiden Fällen liess sich nämlich im Harn deutlicher Zuckergehalt constatiren. Nach den angestellten Untersuchungen stammt der Zucker aus der hochgradig verfetteten Leber, was mit dem Befund bei anderen Intoxicationen, der acuten gelben Lebertrophie u. s. w. übereinstimmt. —

Treitel-Berlin: **Ueber das Wesen und die Bedeutung chronischer Tonsillarabscesse.**

Nach einem am 24. October 1898 im Vereine für innere Medicin gehaltenen Vortrage. Referat siehe diese Wochenschr. Nr. 41 pag. 1424. —

4) A. Sokolorski: **Beitrag zur Diagnostik der Geschwülste des Mediastinum.** (Aus dem Hospital zum Heiligen Geist in Warschau.)

Casuistische Mittheilung über ein in vivo diagnosticirtes Lymphosarkom des Mediastinum bei einem 52jährigen Mann mit ausführlicher Besprechung der Differentialdiagnose.

5) Siegel-Britz: **Ueber Immunisirungsversuche gegen Maul- und Klauenseuche.** (Schluss aus Nr. 47.)

Umfassende Zusammenstellung der wichtigsten Ergebnisse der neueren Forschungen über die Immunisirung von Thieren gegen die Maul- und Klauenseuche. S kommt zu dem Schlusse, dass die bisherigen Impfversuche keinen wirksamen Schutz gegen die Seuche geben, dass bei der herrschenden Unkenntniss des eigentlichen Erregers der Infection das Hauptaugenmerk zunächst auf hygienische und prophylaktische Maassnahmen zu richten sei.

F. Lacher-München

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 48.

1) A. v. Frisch: **Ueber Bottini's galvanokaustische Incision der hypertrophirten Prostata.**

Für die Operation kommen in erster Linie jene Fälle in Betracht, welche an Harnretention leiden und darunter vorwiegend die Patienten mit chronischer completer Harnverhaltung. Beabsichtigt wird durch die Operation die Behebung einer completen Ischurie oder einer sehr erheblichen Dysurie. Die wichtigste Vorbedingung für einen Erfolg ist, dass die Blase noch contractionsfähig ist; ausser dieser Detrusorparese sind noch Contraindicationen ein sehr eitriger oder überhaupt sehr abnormer Harn, Anzeichen oder Verdacht einer gleichzeitigen Nierenerkrankung.

Verfasser berichtet über 10 von ihm operirte Fälle mit eingehenden Krankengeschichten. 4 wurden vollständig geheilt, 1 dauernd, 1 vorübergehend gebessert, 3 blieben ohne Erfolg, 1 starb an der Operation (Prostataabscess). Andere Autoren hatten circa 50 Proc. Heilungen und 7,2 Proc. Mortalität. Für die Beurtheilung des Erfolges ist zu berücksichtigen, dass acute Retentionen bei Prostatahypertrophie auch spontan resp. durch regelmässigen Katheterismus zur Rückbildung kommen können. Alle Angaben über Besserungen nach der B.'schen Operation bei incompleter Harnverhaltung sind mit grösster Vorsicht aufzunehmen. Gefahren der Operation sind: Blutungen bei mangelhafter Schorfbildung, Infection durch zersetzten Harn, Phlebitis und Thrombose in den benachbarten Venen, Eiterungen, Abscesse, Sepsis. Der Erfolg der Operation kann im einzelnen Falle nicht vorausgesehen, die Gründe des Misslingens oft nicht gefunden werden. Ungenügendes Glühen der Klinge kann letzteres verschulden. Fr. hat sein Instrument an den elektrischen Strassenstrom unter Einschaltung eines Transformators angeschlossen und ist damit sehr zufrieden. Bezüglich der Nachbehandlung hat Verfasser von dem Einlegen eines Verweilkatheters keinen Nachtheil gesehen.

(Ausführliches Literaturverzeichniss!)

2) M Pfaundler-Graz. **Eine graphische Darstellungsweise des auscultatorischen Herzbefundes ohne conventionelle Zeichen.**

Die Methode besteht im Princip darin, dass die Klangphänomene in ein Coordinatensystem eingezeichnet werden, wobei in der Abscisse der zeitliche Ablauf (je 1 cm entsprechend $^1/_5$ Secunde) in der Ordinate die Intensität der Klangerscheinung eingezeichnet wird (jeder mm entspricht an der Ordinate 60 Schallintensitäteinheiten). Bezüglich des Einzelnen, besonders der Einzeichnung der Geräusche muss auf die Zeichnungen des Originals verwiesen werden. Tonhöhe und Klangfarbe lässt sich durch dieselben allerdings nicht wiedergeben. Die Methode regt besonders zum genauen Detailstudium der Herzphänomene an.

3) A. Krokiewicz-Krakau: **Mangel an freier Salzsäure (Anachlorhydrie) im Mageninhalt im Verlaufe von multiplen runden Magengeschwüren (Ulcera peptica multiplicia ventriculi).**

Der Ueberschrift ist noch beizufügen, dass es sich um eine 40jähr., tuberculöse Kranke handelte, bei der sich anfänglich freie ClH im Mageninhalte vorfand. 9 Tage vor dem Tode hörte das Fieber auf und verschwand nach der letalen Magenblutung, auch die freie ClH. Nun wurde ein Neoplasma des Magens angenommen, was sich aber durch die Section nicht bestätigte. Es fanden sich ausser der Tuberculose und hochgradiger Anaemie 30 glatt geränderte Magengeschwüre, im Dickdarm einige tuberculöse Geschwüre. Das Verschwinden der freien ClH bei Ulcus ventr. scheint also den baldigen Exitus anzuzeigen.

Folgt noch Abbildung des von F. Schopf in voriger Nummer beschriebenen Aneurysma.

Dr. Grassmann-München.

Dermatologie und Syphilis. (Schluss.)

Petersen empfiehlt eine Methode der **Favusbehandlung,** welche an sich nicht neu ist, sondern nur eine Combination verschiedener bereits beschriebener Behandlungsarten darstellt, welche aber den Vorzug besitzt, die Epilation unnöthig zu machen. Die Haare werden kurz geschnitten und der Kopf zunächst mit 1 proc. Carbolsäurevaselinsalbe tüchtig eingesalbt, darüber eine Wachstuchmütze. Nach 24 Stunden Entfernung der Borken und Kopfwaschen. Diese Procedur wird einige Tage wiederholt, bis der Kopf rein ist. Nun kommt der 2. Act der Cur, das Bepinseln der Kopfhaut mit T. jodi, wobei auch die Haare selbst eingepinselt werden. Tritt Reizung auf, was selten geschehen soll, so wird die Behandlung für 1—2 Tage ausgesetzt. Dazwischen wird dann noch 2 mal wöchentlich Carbolvaselinsalbe angewandt. 3 Patienten, welche 5—7 Monate die Cur durchführten sind geheilt und weisen kein Recidiv auf. (Seit wie langer Zeit?)

Nach den Erfahrungen Rille's, welcher die von Anderen empfohlenen **Kalomeleinreibungen bei Syphilis** an einem Material von 16 Fällen nachgeprüft hat, ist diese Methode durchaus unwirksam und darum wieder zu verlassen. Wenn einzelne Beobachter Erfolge aufzuweisen haben, können diese höchstens zufälligen Momenten zugeschrieben werden. Dem Fehlen der therapeutischen Wirkung entsprach auch in Rille's Fällen das Ausbleiben mercurieller Erscheinungen, die niemals auch nur andeutungsweise zu constatiren waren. Rille's Versuche scheinen auch weiteres Beweismaterial zu liefern gegen die Anschauung von der Permeabilität der intacten Haut, und für die Richtigkeit der Theorien von Welander und Merget, wonach das Hg bei der Einreibungscur nicht vom Unterhautzellgewebe, sondern vorwiegend bei der Lungenathmung in Dampfform resorbirt wird.

Róna bespricht auf Grund neuer Untersuchungen an 160 Fällen acuter Gonorrhoe die **Symptome der Urethritis totalis** er kommt dabei zu Schlüssen, welche von der bisherigen Anschauung über die Bedeutung gewisser Symptome wesentlich abweichen. Es erwies sich ihm die bekannte und täglich angewandte Methode der Harnentleerung in 2 Portionen für die Diagnose der Urethritis posterior als durchaus unzuverlässig. In 22 Fällen von Urethritis posterior war die zweite Harnportion krystallklar ausgefallen. Häufiger Harndrang kann sich selbst bei Urethritis anterior einstellen (in 6 von 26 Fällen). Häufiger Harndrang kann dagegen bei Urethritis posterior gänzlich fehlen. Die totalen Urethritiden mit zweiter trüber Harnportion, ja selbst die mit Prostatitis, Vesiculitis und Epididymitis complicirten Fälle sind in der grossen Mehrzahl der Fälle auch nicht zeitweilig durch vermehrten Harndrang, häufige Pollutionen und Schmerz in der hinteren Harnröhre begleitet, und nur in verschwindend kleiner Zahl durch terminale Blutung complicirt (in 13 Fällen von 112). Verf. neigt zu der Annahme, dass in den meisten Fällen von Urethritis mit zweitem trüben Harn die Falte des Orificium internum vesicae miterkrankt ist. Die terminale Blutung ist immer ein Zeichen der intensiven Erkrankung des letzteren. Der Sitz der terminalen Blutung ist die Falte des Orificium vesico-urethrale. Die Frage, ob bei Urethritis posterior der Eiter in die Blase regurgitirt, bleibt ungelöst.

Schäffer-Breslau war in der Lage, Versuche anzustellen **über die Verbreitung der Leprabacillen von den oberen Luftwegen aus.**

Nachdem in jüngster Zeit Sticker, Jeanselme und Laurens die häufige und frühzeitige Localisation des leprösen Processes gerade auf der Nasenschleimhaut hervorgehoben haben, und anderseits das Studium der Contagiosität der Lepra, durch das

Vorkommen endemischer Lepraherde auch in Deutschland erhebliches actuelles Interesse gewonnen hat, sind diese Untersuchungen Sch.'s sehr wichtig, insoferne sich aus denselben der positive Schluss ergibt, dass — bei vollständiger Anerkennung der ausserordentlich geringen Ansteckungsgefahr der Lepra — die Verschleppung der Bacillen von den oberen Luftwegen als der relativ wichtigste unter den bekannten Verbreitungswegen zu betonen ist, woraus sich naturgemäss wichtige Schlüsse hinsichtlich der Hygiene und Prophylaxe der Erkrankung ergeben.

C. Schuhmacher-Aachen unternimmt es in sehr dankenswerther Weise, einige Fragen aus der **Syphilis- resp. Quecksilbertherapie** zu erörtern, deren Beantwortung zugleich wissenschaftlich interessant, noch mehr aber praktisch wichtig ist: er behandelt das klinische Bild der medicamentösen Hydrargyrose des Mundes und der oberen Verdauungswege und die Differentialdiagnose zwischen den Erzeugnissen der mercuriell behandelten Frühlues der Mundschleimhaut und bestimmten Folgen der therapeutisch verwendeten Mercuralien. Sch weist mit Recht darauf hin, dass Frühsyphilis und Hydrargyrose nahe Berührungspunkte haben, und zwar auf der Schleimhaut des Mundes — allerdings nur auf dieser — dass sich dort ihre beiderseitigen Aeusserungen zur Verwechslung ähneln können, und dass sie häufig mit einander verwechselt werden. In der vorliegenden Arbeit bringt Verfasser zunächst Auszüge aus den Werken hervorragender Syphilographen, welche sich mit den in Rede stehenden Fragen beschäftigt haben, aus denen ebensowohl die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose als auch die Möglichkeiten einer Lösung dieser Schwierigkeiten erhellen. Seine persönlichen Erfahrungen über locale Hydrargyrose behält Verfasser einer für später in Aussicht gestellten Mittheilung vor.

Ein von Staub-Posen mitgetheilter **Fall von Lepra**, dessen Diagnose klinisch und bacteriologisch festgestellt werden konnte, ist in so ferne interessant, als bei dem Patienten, der Mitte der achtziger Jahre in Rangun (Indien) inficirt worden sein muss, die ersten Leprasymptome völlig unbeachtet blieben. Die Krankheit hat sich thatsächlich fast 7 Jahre lange in milder, anaesthetischer Form über die Haut des Körpers verbreitet, jetzt, nachdem Patient schon längere Zeit nach Deutschland zurückgekehrt ist, ein frisches maculöses, vereinzelt auch tuberculöses Exanthem hervorgerufen, so dass zur Zeit die gemischt anaesthetisch-maculöse Form vorliegt. Patient ist seit 1888 verheirathet, Frau und Kind sind gesund. Dieser Umstand spricht jedenfalls dafür, dass unter sonst günstigen allgemein-hygienischen Verhältnissen, deren sich der Patient erfreut, die Infectionsgefahr keine sehr erhebliche genannt werden kann.

Stern-Mannheim berichtet übereinige seltene, bisher noch nicht beschriebene Formen von **Herpes tonsurans**, welche er anlässlich einer Epidemie dieser Erkrankung in Mannheim zu sehen Gelegenheit hatte. 1. Herpes tons. mucosae oris. 2 Herp. tons. pemphigoides. 3. Ohrmuschelinfiltrate durch Herpes tons. 4. Herp. tons. ulcerosus. 5. Herp. tons. dissemin. mit Bildung multipler trichomykotischer Knoten.

Sternthal-Braunschweig bringt einen casuistischen Beitrag zur Lehre von der **Sklerodermie** und präcisirt seine Meinung von dem Wesen der Sklerodermie dahin: Die Sklerodermie ist nicht nur eine Hauterkrankung, sondern kann alle Systeme des Körpers befallen, in erster Linie allerdings die Haut und die Musculatur. Ihre Ursache ist eine Gefässerkrankung wie Wolters, Dinkler u. A. nachgewiesen haben. Wodurch aber diese Gefässerkrankung veranlasst wird, ist uns zur Zeit unbekannt.

Thibièrge empfiehlt die Anwendung der **Arzneigelatine** bei der **Behandlung der pruriginösen Dermatosen** und theilt eine von ihm erprobte, allerdings etwas complicirte Formel mit: Gelatine 150,0, Grénétine (eine durch ein bestimmtes Verfahren gereinigte Gelatine) 100,0, Gummi arab. 50,0, Glycerin und Aq. cocta a 300,0, Zinkoxyd 100,0 und Phenolsalyl (ein combinirtes Antisepticum) 2,0. Das letztere wäre eventuell durch Acid. carbol zu ersetzen. Das Verfahren ist naturgemäss nur ein palliatives und muss immer von Neuem wiederholt werden, es erzeugt ein unangenehmes Kältegefühl, wirkt auch nicht bei allen pruriginösen Dermatosen gleichmässig, doch hat es sich bewährt bei der Hebra'schen Prurigo, beim Lichen circumscript chronicus (Vidal), in zahlreichen Fällen von Pruritus senilis, am wenigsten bei Urticaria chronica.

Veiel-Cannstatt empfiehlt, wie bereits früher, die Anwendung des Pyrogallol und zwar des Pyrogallolvaselins bei gleichzeitiger stetiger Controle des Urins an Stelle der allerdings viel rascher zur Heilung führenden operativen **Behandlung der Lymphdrüsen- und Knochentuberculose,** wenn diese operative Behandlung aus irgend welchem Grunde nicht ausführbar erscheint.

Welander-Stockholm berichtet über seine Resultate mit der Anwendung des **Protargols in der Gonorrhoetherapie** und fasst sein Urtheil in folgenden Sätzen zusammen: Das Protargol ist ein besonders kräftiges gonococcentödtendes Mittel, seine Anwendung ruft dem Patienten fast kein Unbehagen hervor; es kann seine tödtliche Wirkung auf die Gonococcen selbstverständlich um so besser ausüben, je oberflächlicher und beschränkter das Gebiet ist, auf welchem die Gonococcen sich finden; aus diesem Grunde ist das Protargol ein beinahe unfehlbares Präservativmittel, und besonders bei einer Abortivbehandlung, sowie im Allgemeinen bei jeder Gonorrhoea anterior, wo die Gonococcen noch nicht allzu tief, z. B. in die Littré'schen Drüsen eingedrungen sind, sehr wirksam. Bei einer hinteren Urethritis, wo sich grosse Schwierigkeiten finden, dieses Mittel so lange zu appliciren, dass es seine Wirkung in die Tiefe ausüben kann, wirkt es günstig, aber nicht sicher. (Diese doch recht vorsichtigen Schlussfolgerungen W.'s scheinen mir, trotz des dem Protargol gespendeten Lobes, doch von den enthusiastischen Anpreisungen der Protargoltherapie, welche im Anschlusse an Neisser's Mittheilung in so zahlreichen Publicationen sich bemerkbar machten, recht weit entfernt. Die gonococcentödtende Wirkung des Protargols und die Brauchbarkeit des Mittels als eines Abortivmittels erscheint auch uns fraglos, leider aber müssen wir bekennen, dass wenigstens hierzulande die Gonorrhoe nur sehr ausnahmsweise in einer Zeitperiode zur Behandlung gelangt, in welcher von einer abortiven Methode etwas zu erwarten ist, und andererseits haben wir in jenen Fällen, wo bereits ein Fortschreiten des Processes nach der Tiefe Platz gegriffen hatte, und das kann schon 24 Stunden post infectionem der Fall sein, einen besonderen Vorzug der Protargoltherapie vor anderen Methoden nicht zu bemerken vermocht. Eines allerdings ist zuzugeben, die relative Reizlosigkeit des Verfahrens, wenn es auch hier Ausnahmen gibt. Dass man aber mit Protargol die Gonorrhoe rasch oder auch nur sicher heilen könne, dass die Erfolge besser seien, als mit anderen früher bekannten Methoden der Injectionstherapie, davon konnte ich mich nach meinen an einem sehr zahlreichen Material gewonnenen Erfahrungen leider nicht überzeugen. Ref.)

Zuelzer berichtet über die Anwendung des **Jodalbacid** (Blum) bei der Syphilisbehandlung. Es wird nach seinen Untersuchungen eine mehr protrahirte Jodwirkung erzielt, welche für manche Fälle entschieden erstrebenswerth ist So empfiehlt sich dieselbe als Zwischenbehandlung zwischen den bei chronisch-intermittirender Hg-Therapie üblichen Methoden, oder bei Auftreten leichter secundärer Erscheinungen in diesen Behandlungspausen; endlich auch bei tertiären Erscheinungen als Nachcur, nachdem vorher dieselben durch Jodkali gebessert oder geheilt sind. Z. rühmt die ausserordentliche Toleranz des Organismus gegenüber dieser Jodtherapie. (Ref. ist in der Lage, diese Angaben nach persönlichen Erfahrungen durchaus zu bestätigen.)

Neisser behandelt die Frage der **Serumtherapie der Syphilis** in ebenso anregender als ausführlicher Weise. Trotz der bisher durchaus negativen Resultate derjenigen, welche sich mit einer praktischen Lösung der Frage beschäftigt haben, lebt er der Ueberzeugung, dass es der Zukunft gelingen wird, die Heilung der Syphilis und die Schutzimpfung gegen Syphilis durch specifische, den Syphilismikroorganismen selbst entstammende Stoffwechselproducte zu erreichen Angesichts der einer Lösung dieser Frage entgegenstehenden Schwierigkeiten muss es jedenfalls als ein grosses Verdienst N.'s betrachtet werden, dass er sich der Aufgabe unterzogen hat, für alle künftigen Mitarbeiter die mit dem Arbeitsplan der Serumtherapie bei Syphilis zusammenhängenden Thatsachen und Hypothesen zusammenzufassen und zu beleuchten. Die gegebene kritische Uebersicht und Materialiensammlung wird thatsächlich für die Forschungen der Zukunft von grösstem Werthe sein. N. behandelt hier die Lehre von der syphilitischen Reinfection, die hypothetische Abschwächung der Syphilisvirulenz durch Durchseuchung der Bevölkerung, die Frage einer möglichen Vererbung der Immunität gegen Syphilis (Profeta), die Frage einer durch Conception acquirirten Immunität (Colles'sches Gesetz), endlich die theoretischen Vorstellungen über die Pharmacodynamik der Hg-Therapie. Kopp-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 7. December 1898.

Fortsetzung der Discussion zum Vortrage des Herrn **L. Casper: Ueber Ureterenkatheterismus.**

Herr Robert Kuttner erläutert, inwiefern der Ureterenkatheterismus in seiner gegenwärtigen Gestalt mit den Anforderungen der modernen Asepsis unvereinbar wäre und desshalb grosse Gefahren in sich schliesse. Zum Theil läge dies an dem Instrumentarium, zum Theil an der Methode selbst. Die jetzigen Ureterencystoskope wären gar nicht sicher sterilisirbar, auch nicht mit desinficirenden Lösungen, weil in jedem Falle der optische Apparat verdorben würde. Dieser Mangel sei insbesondere desshalb recht bedenklich, weil man auch den Canal, durch welchen der Ureterenkatheter geschoben werde, nicht steril machen könne. Ferner sind die Ureterenkatheter ein sehr schwer zu desinficirendes Object. Kochendes Wasser zerstört sie; chemische Lösungen verderben sie ebenfalls und machen sie nicht einmal zuverlässig keim, frei, selbst das für die elastischen Instrumente beste Desinficienz der strömende Wasserdampf, bietet hier wegen des engen und langen Lumens grosse Schwierigkeiten für die praktische Verwendung. Aber selbst bei Vervollkommnung des Instrumentariums sei es precär, bei ascendirender Pyelitis die mitinficirte Blase passiren zu müssen; denn man könne eventuell schon bei der

Ermittelung der erkrankten Niere die einzige, noch gesunde Niere inficiren.

Redner ergänzt sodann die Ausführungen des Herrn Israel in der Richtung, dass er die Veränderungen in der Blase und ihren Nachbarorganen aufführt, welche einen Harnleiterkatheterismus unausführbar machen können, z. B. manche Formen von Prostatahypertrophie, besonders stark ausgebildete, die Ureterenmündung verdeckende Trabekelbildung, Lageveränderungen der weiblichen Blase in Folge gynäcologischer Leiden, Ueberlagerung der Ureterenmündung durch Neoplasmen. Bei starker renaler Eiterung und Blutung ist der Harnleiterkatheterismus nur mit grosser Mühe zu benutzen, da man nicht gleichzeitig spülen und sehen könne, wie bei der Anwendung des Irrigationscystoscops. Hier und bei obengenannter Ueberlagerung der Ureterenmündung leiste die Cystoscopie diagnostisch mehr, wie der Harnleiterkatheterismus. Bei der Ueberlagerung der Harnleitermündung könne man an diese mit den Harnleiterkathetern nicht heran, wohl aber könne man noch den bekannten bei der Function eines Ureters entstehenden Flüssigkeitswirbel sehen (stark oder schwach, klar oder trübe, blutig etc.) und hieraus werthvolle Schlüsse ziehen. Ueberhaupt könne man in diagnostischer Hinsicht in den weitaus meisten Fällen mit der einfachen Cystoscopie resp. Irrigationscystoscopie auskommen, auch bei der Entscheidung der Frage, ob eine zweite secernirende Niere vorhanden sei. In therapeutischer Beziehung seien die bisherigen Erfahrungen noch zu gering, um ein Urtheil zuzulassen; für einzelne vorsichtig auszuwählende Fälle schien die Methode aussichtsreich, doch solle man sie wegen den erwähnten Gefahren niemals ohne zwingenden Grund anwenden.

Herr Th. Landau bespricht den Uretherenkatheterismus vom gynäkologischen Standpunkte aus und erläutert an der Hand einiger instructiver Fälle die Vortheile der Methode, die er nicht mehr entbehren möchte.

Herr Litten kommt nochmals auf die von Israel aufgestellte Forderung der Harnstoffbestimmung zurück, ehe man eine Niere entferne. In seinem mehrfach angezogenen Falle wurde mehr als die Hälfte der Menge Harnstoffs entleert, die man als normal annehmen könne. Die Patientin wog 60 kg, war schlecht genährt, man hätte also etwa 28—30 g in toto erwarten können; es wurden 18 g entleert, also wesentlich mehr als die Hälfte. Es wurde übrigens in diesem Falle, noch ehe der Chirurg cystoskopirte, von berufenster Seite cystoskopirt und dabei festgestellt, dass aus dem rechten Ureter Eiter ausfloss, während es schien, als ob aus dem linken normales Harnwasser abflösse. Es musste also für ihn angesichts der grossen Harnmenge und Harnstoffmenge die Annahme naheliegen, dass die andere Niere normal sei. Der Fall lehrt, dass die Resultate der Cystoskopie nicht zu den darauf aufgebauten Schlüssen berechtigen. Der von Casper für obigen Fall nachträglich als geeignet angeführte Katheterismus des Nierenbeckens würde unausführbar gewesen sein, da das ganze Nierenbecken vollkommen von einem mächtigen Stein ausgegossen war.

Herr Posner meint gleich den Vorrednern, dass der Ureterenkatheterismus manche Gefahren habe, manchmal unausführbar sei, in einigen Fällen, besonders bei Pyelitis aber sehr nützlich sein könne. So ungünstig, wie Herr Israel meinte, dürften aber die Verhältnisse nicht liegen. Er weist noch darauf hin, dass für eine brauchbare Harnstoffbestimmung ein completer Stoffwechselversuch nöthig sei.

Herr Paul Richter weist darauf, dass die periodisch schwankenden Harnstoffmengen keinen Schluss zulassen. Untersuchungen, die er darüber angestellt, was jede Niere einzeln leistet, zeigen, dass beide zu gleicher Zeit ungefähr dieselben Mengen producirten, in verschiedenen Zeiten aber sich erhebliche Differenzen zeigen. Der zu gleicher Zeit gesondert aufgefangene Urin beider Nieren zeigt dann sofort Differenzen, wenn eine von ihnen krank ist.

Herr Wossidlo bringt im Wesentlichen die schon von den Vorredner gemachten Einwände.

Gesellschaft der Charitéärzte.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 1. December 1898.

Herr **B. Fraenkel** demonstrirt einen **Phthisiker** mit Tracheotomiewunde, welche, durch tuberculösen Auswurf inficirt, an der Schleimhaut ulceröse Processe zeigte. Die Infection derselben ist jedenfalls ein Beweis dafür, dass Larynxphthise durch tuberculöses Sputum und nicht nur auf dem Wege des Lymphstroms von den Lungen aus entstehen kann. Während diese beiden Möglichkeiten der Kehlkopfinfection ihre Anhänger haben, glaubt Redner, dass beide Infectionen vorkommen.

Herr **Jolly: Ueber Akromegalie und Osteoarthropathie** (mit Krankenvorstellung).

Vortragender stellt einen Patienten vor mit den Erscheinungen des petit mal, automatischen Bewegungen, unbewussten Handlungen, plötzlicher Starrheit. Allmählich sich entwickelnde Sehnervenanschwellung, zuerst rechts, dann links und Uebergang in Atrophie begründen die Diagnose Tumor cerebri indifferenten Sitzes; denn es fehlen allgemeine Convulsionen und Gesichtsfeldeinschränkung. Patient, aus einer Familie stammend, in der grosser Wuchs erblich, ist 183 cm lang, seine Hände sind aber grösser und breiter, als seinem Längenmaasse entspricht, wie auch die Röntgenaufnahme zeigt. Das Kinn ist maassig, Temporalfortsätze stark ausgeprägt.

Nach Sternberg besteht nun ein bestimmter Connex zwischen Riesenwuchs und Akromegalie, insofern nach seiner Statistik 20 Proc. aller Akromegalen über 177 cm messen, 40 Proc. aller Riesen akromegal sind.

Auch in diesem Falle scheint eine Combination von Riesenwuchs und Akromegalie vorzuliegen.

Im Gegensatze hiezu stellt Redner einen gleichfalls ihm mit der Diagnose **Akromegalie** zugegangenen Patienten vor, bei dem die Hände und Füsse tatzenartig ausgebildet sind; die Endphalangen zeigen deutlich Trommelschlägerform, auch sind die beiden Handgelenke und das distale Ende der Vorderarme verdickt. Das Gesicht zeigt keine Veränderung. Eine auffällige Dämpfung vorne oben, rechts vom Sternum, an deren Stelle sich beim Durchleuchten ein Schatten, ohne Pulsation, zeigt, sowie ein lautes systolisches Geräusch an der Herzspitze lassen die Frage offen, ob es sich um ein Aneurysma oder um einen Mediastinaltumor handle.

Vortragender hält dieses Krankheitsbild nicht für zur Akromegalie gehörig, sondern für eine Osteoarthropathie hypertrophiante, wie sie zuerst mit dem Attribute pneumique von Marie bei Bronchiektasien, Lungengangraen als Product von resorbirten toxischen Stoffen beschrieben wurden, während der jüngere Bamberger das Leiden auch bei Herzfehlern constatirt hat.

Bei der Osteoarthropathie fehlen die Symptome des Hypophysentumors, dagegen sind häufig die Zeichen der allgemeinen Nervosität vorhanden.

Discussion: Herr Gerhardt, Bernhardt, Oppenheim, Burghart, Greff.

Herr **Jacob** stellt eine Patientin mit einem typischen **pied tabétique** (Charcot Féré) vor. Das angefertigte Aktinogramm zeigt deutlich die theilweise Usurirung der Mittelfussknochen, Atrophie derselben auf der lateralen, Hypertrophie auf der medialen Seite. Patientin befindet sich im Frühstadium der Tabes, insofern die ersten Symptome vor 1½ Jahren aufgetreten sind. M. Wassermann.

Berliner Briefe.

Sitzung des Aerztekammerausschusses: Medicinalreform. Freie Arztwahl. Prophylaxe der Tuberculose.

Am 22. November trat der Ausschuss der preussischen Aerztekammer hier zu einer Sitzung zusammen, um eine Reihe von Fragen zu berathen, welche die Aerzteschaft und darüber hinaus auch die Oeffentlichkeit lebhaft beschäftigt hatten. Die wichtigste dieser Fragen ist ohne Zweifel der Entwurf einer Medicinalreform, welcher, ursprünglich als ein durchgreifender von der Regierung geplant, schliesslich zu einem Scheinwesen degenerirt ist, mit dem einzigen sachlichen Inhalt: «Die Besoldung des Kreisarztes ist pensionsfähig». Die Stellung des Kreisarztes ist allerdings der Kernpunkt der Sache, um den sich die Verhandlungen des Aerztekammerausschusses, wie auch kurz vorher die der Berlin-Brandenburger Aerztekammer drehten. Vor Allem wird verlangt, dass der Kreisarzt vollbesoldeter unmittelbarer Staatsbeamter mit einem seiner Stellung entsprechenden standesgemässen Gehalt ist. Dementsprechend sollen seine Befugnisse umfangreichere und selbständigere sein als es in dem Entwurf vorgesehen ist. Er muss auch ohne besondere Aufforderung seinen Bezirk periodisch bereisen dürfen, um die gesundheitlichen Verhältnisse in demselben regelmässig beobachten zu können, und muss ferner an den Sitzungen des Kreisausschusses ohne Weiteres mit berathender Stimme theilnehmen dürfen, ohne dass es dazu, wie der Entwurf der Regierung es verlangt, einer besonderen Aufforderung bedarf. Die Functionen eines Kreisarztes, der sein Amt gewissenhaft verwalten will, würden ein so reichliches Arbeitsgebiet umfassen, dass es dazu der ganzen Kraft eines Mannes bedarf. Darum ist darauf zu dringen, dass ihm die Privatpraxis untersagt, bezw. ausschliesslich auf die consultative Praxis beschränkt werde.

In wie weit diesen von der staatlichen Vertretung der Aerzte ausgesprochenen Wünschen seitens der Regierung und des Parlaments Rechnung getragen werden wird, wird die bevorstehende Landtagssession lehren. Vielleicht wird die ganze Angelegenheit erst energischer in Angriff genommen werden, wenn man erst weiss, in welches Ressort wir Aerzte eigentlich gehören. Noch

schwanken die Meinungen und Wünsche zwischen Cultusministerium, Ministerium des Innern und eigenem Medicinalministerium hin und her. Die Schaffung des letzteren begegnete im Aerztekammerausschuss wenig Sympathien, die Mehrzahl erklärte sich für die Uebertragung der Medicinalangelegenheiten an das Ministerium des Innern, und einstimmig wurde die Forderung angenommen, dass die Leitung der Medicinalangelegenheiten einem Arzte als Director obliegen solle.

Eine eingehende Erörterung fand schliesslich die Stellung der Aerzte zu den Krankencassen. Neben den schon vielfach besprochenen Fragen — Verbot der Zulassung von nicht approbirten Aerzten zur Cassenkrankenbehandlung, Verbot der Mitgliedschaft für Personen mit einem Einkommen von mehr als 2000 Mark, Erhöhung des Honorars der Cassenärzte — war die wichtigste die freie Arztwahl, und zwar handelt es sich darum, ob bei einer Neuberathung des Krankencassengesetzes die freie Arztwahl als eine feststehende Vorschrift in das Gesetz aufgenommen werden soll. Während der Aerztekammerausschuss sich für eine solche gesetzliche Festlegung aussprach, tritt eine Bewegung dagegen sonderbarer Weise gerade in den Kreisen hervor, welche sich um die Einführung und Verbreitung der freien Arztwahl besonders verdient gemacht haben. Man wünscht und erwartet, dass die Ueberlegenheit dieses Systems den Cassenverwaltungen immer mehr zum Bewusstsein kommen, so dass sein innerer Werth ihm schliesslich zur allgemeinen Durchführung verhelfen wird; und man fürchtet andererseits, dass das, was durch eigenen freien Willen eingeführt sehr willkommen wäre, unter dem Druck des gesetzlichen Zwanges als eine Last und zum mindesten als eine Beschränkung des Selbstverwaltungsrechtes angesehen würde. Dem nüchternen Beurtheiler muss diese Beweisführung etwas gesucht erscheinen; denn es ist kaum zu verstehen, dass ein Anhänger der freien Arztwahl die gesetzliche Festlegung des von ihm für das beste gehaltenen Systems nicht als einen Fortschritt, um nicht zu sagen als das Endziel seiner Bestrebungen betrachten und dass er aus dogmatischen Erwägungen dagegen Opposition machen sollte. Im Uebrigen dürfte das ein Streit «um des Kaisers Bart» sein, denn wir können getrost beschliessen, Resolutionen fassen und Wünsche aussprechen, schliesslich kommt es doch anders; und jedenfalls liegt zwischen dem Aussprechen und der Erfüllung unserer Wünsche ein sehr weiter Weg.

Wo allerdings das Bedürfniss für hygienische Reformen gar zu offenkundig zu Tage tritt, da können sich auch die Behörden der Anerkennung ihrer Erkenntniss nicht verschliessen. Besondere Aufmerksamkeit wird jetzt von allen Seiten der Verhütung der Weiterverbreitung der Lungenschwindsucht und der Errichtung von Volksheilstätten für Lungenkranke zugewendet. Es wurde beschlossen, für das Frühjahr 1899 einen Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit nach Berlin zu berufen. Gegenstand der Berathungen soll die Ausbreitung, Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Lungenschwindsucht, sowie besonders das Heilstättenwesen sein.

Zugleich wird den Krankencassen, die ebenfalls ein hohes Interesse an der Bekämpfung der Tuberculose haben und diesem Interesse thätigen Ausdruck verleihen, wirksame Förderung ihrer Bestrebungen von Seiten der in Betracht kommenden Reichs- und Staatsbehörden zugesagt. Eine erste Rate der versprochenen Unterstützung ist bereits in Form der Errichtung einer Station für Sputumuntersuchungen bezahlt worden. Im Institut für Infectionskrankheiten findet an bestimmten Tagen auf Antrag des überweisenden Cassenarztes eine Untersuchung des Auswurfs tuberculoseverdächtiger Kranker statt; und es wird ferner beabsichtigt, wo die mikroskopische Untersuchung ein einwandfreies Resultat nicht ergibt, zur Erkennung von Frühtuberculose Probeeinspritzungen mit Tuberculin vorzunehmen, jedoch nur im Einverständniss mit dem Patienten und dem behandelnden Arzt. Es wird auch Werth darauf gelegt, dass die Cassenmitglieder selbst mit der Bedeutung der Schwindsuchtsgefahr und mit den Mitteln zu ihrer Verhütung bekannt gemacht werden. Zu diesem Zweck soll eine gemeinverständliche Schrift über dieses Thema, welche vom kaiserlichen Gesundheitsamte bearbeitet wird, unter die Cassenmitglieder verbreitet werden; und andererseits sind die Cassenvorstände mit ihren Aerzten in Verbindung getreten, um gemeinverständliche Vorträge über Hygiene vor den Mitgliedern der Krankencassen einzurichten. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 29. November 1898.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

II. Vortrag des Herrn **Wollenberg: Die forensische Beurtheilung der Krampfkranken, insbesondere der Hysterischen.**

Der Vortragende entnahm die Anregung zu seinen Ausführungen aus einigen Beobachtungen crimineller Hysterischer, die erst nach der strafbaren Handlung offenkundige Zeichen schwerer Hysterie (typische Krampfanfälle, Delirien etc.) dargeboten, vorher aber für gesund gegolten hatten.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Auslegung des § 51 des Strafgesetzbuches und über die Stellung des psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht gibt der Vortragende zunächst einen kurzen Ueberblick über die bei den Krampfkranken überhaupt vorkommenden geistigen Störungen, die zweckmässig in transitorische und habituelle geschieden werden. Redner skizzirt zunächst die transitorischen Störungen in aller Kürze und hebt hervor, dass die eigentlichen hysterischen Irreseinsformen gegenüber den epileptischen nur eine geringe Mannigfaltigkeit zeigen; ihr Typus seien die so oft mit dem hysterischen Krampfanfall verbundenen Delirien, ausserdem kommen in Betracht die nicht selten eine schwere Hysterie einleitenden hallucinatorischen Erregungszustände (Breuer). Die bei Hysterischen vorkommenden Paranoien, Melancholien etc. seien Krankheiten sui generis, die nur durch gewisse hysterische Züge modificirt seien. Besonders schwierig für die forensische Beurtheilung seien ebensowie bei der Epilepsie auch hier oft die später nochmals zu erwähnenden kurzdauernden traumartigen Bewusstseinsstörungen. Bei der Besprechung der habituellen Störungen erwähnt Vortragender kurz die bekannten unsocialen und gefährlichen Eigenschaften der Epileptiker, die den sog. «epileptischen Charakter» ausmachen und nicht selten zu Conflicten mit dem Strafgesetz führen.

Ausführlicher wird dann das habituelle Verhalten der Hysterischen besprochen im Anschluss an mehrere eigene Beobachtungen, in denen die Beurtheilung des Geisteszustandes zur Zeit der strafbaren Handlung zum Theil grosse Schwierigkeiten gemacht hatte, weil die Hysterie erst später manifest wurde und vorher nur der mehr oder weniger schlechte Charakter des Betreffenden aufgefallen war.

Der Vortragende betont, dass es einen «hysterischen Charakter» nicht gebe; was man als solchen bezeichnet habe und zum Theil noch bezeichne, entspreche in den wesentlichsten Zügen Dem, was nach Magnan, Koch u. A. die Kennzeichen der hereditär psychopathischen Belastung, der «Degeneration», «Desequilibration» ausmache. Wenn sich diese bei Hysterischen finden, so sei dies eine Complication, die überhaupt nicht selten und naturgemäss bei criminellen Hysterischen besonders häufig sei, weil diese Degenerirten oft zu Gesetzesübertretungen neigen. Es sei nothwendig, auch in den psychiatrischen Gutachten nicht mehr von dem hysterischen Charakter zu sprechen, sondern die allgemeine Degeneration der betreffenden Individuen hervorzuheben und entsprechend zu verwerthen.

Redner erörtert sodann, in der Annahme, dass bei den Personen, die auf die Gemüthsbewegungen des Strafverfahrens, der Untersuchungshaft etc. in immerhin ungewöhnlicher Weise, nämlich mit schweren hysterischen Störungen reagiren, eine schon vorher bestehende Anlage zu supponiren sei, die Frage, worin diese bestehe, wie sie sich äussere und welche retrospectiven Schlüsse sie mit Bezug auf die habituelle Zurechnungsfähigkeit dieser Individuen gestatte. Er geht aus von der allgemeinen Erregbarkeit des Centralnervensystems als der Grundlage der hysterischen Disposition und hebt auf dem psychischen Gebiet zunächst das «Zurücktreten des kalt abwägenden Verstandes» (Löwenfeld), die Lebhaftigkeit des Gefühlslebens und der Phantasie, die erleichterte Entäusserung der Affecte und

die sich daraus ergebende Neigung zu impulsiven, triebartigen Handlungen hervor. Er betont sodann die bei vielen Hysterischen habituelle Neigung zu eigenartigen, mit abnorm gesteigerter Suggestibilität verbundenen und sich äusserlich oft nur wenig markirenden, kurzdauernden Bewusstseinsstörungen (den «Hypnoiden» Breuer's), deren Wesen man nach dem Vorgange von Moebius und Breuer durch Heranziehung hypnotischer Phänomene dem Verständniss näher bringen könne. Vortragender weist unter Verwendung dieses Vergleiches auf die Wirkungen hin, die in solchen Zuständen auftauchende Vorstellungen nach Art der posthypnotischen Suggestion auf die Handlungen der betreffenden Individuen auch nach Rückkehr des normalen Bewusstseins ausüben können, und führt aus seiner Beobachtung einen hierhergehörigen Fall von falscher Anschuldigung einer anderen Person, sowie einen von falscher Selbstanschuldigung an.

Es wird ferner auf die bei vielen Hysterischen bestehende mangelhafte Reproductionstreue, besonders in Folge von Erinnerungsfälschungen, Phantasieproducten, Träumereien und Trugwahrnehmungen hingewiesen.

Redner fasst seine Schlussfolgerungen dahin zusammen, dass man auch bei solchen Hysterischen, die zur Zeit einer strafbaren Handlung noch keine manifesten Krankheitszeichen darboten, in der forensischen Beurtheilung sehr vorsichtig sein müsse. Man müsse dessen eingedenk sein, dass die der hysterischen Anlage zu Grunde liegenden Anomalien eine bei vielen Hysterischen dauernd vorhandene Quelle strafbarer Handlungen (falsche Anschuldigung, Falscheid, Ladendiebstähle etc.) sein können und in jedem Fall beachtet und gesucht werden müssen. Man werde dann wohl in der Mehrzahl der Fälle in der Lage sein, die Zurechnungsfähigkeit auch schon für eine weiter zurückliegende Epoche auszuschliessen oder doch bei den unberechenbaren Schwankungen des Zustandes vieler solcher Individuen auf das Bestehen «begründeter Zweifel» hinzuweisen. Natürlich gelte das nicht für alle hysterischen Verbrecher, fast ausnahmslos rechtfertige aber das Auftreten schwererer hysterischer Störungen an und für sich vor Gericht zum Mindesten die Hervorhebung der krankhaften Anlage und die Befürwortung einer milderen Beurtheilung.

Was die Fälle betrifft, in denen hysterische Störungen zwar erst nach der strafbaren Handlung hervorgetreten, Anzeichen einer hereditären psychopathischen Belastung aber schon von jeher unverkennbar vorhanden gewesen sind, so vertritt Redner auf Grund seiner Erfahrungen die Auffassung, dass diese auch retrospectiv zu exculpiren seien, weil es sich bei ihnen nicht nur um eine hysterische Anlage, sondern gleichzeitig um eine allgemeine Degeneration, also um eine Combination schwerer psychischer Schädigungen handele. Werner.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. November 1898.

Vorsitzender: Herr E. Fraenkel. Schriftf.: Herr Lochte.

Herr **Lochte** schildert die verschiedenartigen Bilder, die die **syphilitischen Primäraffecte der Genitalien** je nach ihrem Sitz bieten. Während es auf der Glans penis nur zu Erosionen kommt, sehen wir am Praeputium und im Sulcus retrogland. harte, mehr oder weniger umfängliche Infiltrate (Sklerosen) entstehen. Die dadurch bedingten verschiedenen klinischen Bilder, die schankrösen Erosionen, die syphilitische Phimose und Paraphimose etc. werden durch zahlreiche, künstlerisch ausgeführte Abbildungen aus der Sammlung des Herrn Dr. Engel-Reimers vorgeführt.

Wie die genitalen Primäraffecte Unterschiede zeigen, finden wir auch solche bei den extragenitalen Sklerosen. Vortragender demonstrirt eine grosse Reihe von Abbildungen, welche Primäraffecte der Wangen, der Nase, der Stirn, der Lippen etc. betreffen.

Von den beiden Kranken, die Herr L. vorstellt, zeigt der eine einen typischen, 10pfennigstückgrossen, scheibenförmigen, mit dünnen Krusten bedeckten harten Schanker der Oberlippe. Am l. Kieferwinkel befand sich der anatomische Bubo. Der andere Kranke, der bereits ein secundär syphilitisches Exanthem hat, zeigt einen fast thalergrossen, hyperplastischen Schanker des Kinns (sog. Chancre bombé). Das Kinn ist tumorförmig, halbkugelig vorgewölbt und tritt namentlich im Profil stark hervor. Vortragendender weist auf das Aussergewöhnliche und Seltene dieses klinischen Bildes hin.

Herr **Sick** demonstrirt das **trophische Störungen aufweisende Kniegelenk eines Tabikers.**

Herr Simmonds glaubt nicht, dass die bei Tabikern angetroffenen Arthropathien sich einfach durch abnorme Belastung und wiederholte Laesion von Gelenken, die vorher von leichter Arthritis deformans befallen waren, erklären lassen. Wenn es sich stets nur um Veränderungen handelte, wie Herr Sick sie demonstrirt hat, also um tiefe Usuren der Knorpelflächen, dann liesse sich jene Auffassung acceptiren, es kommen indess ebenso häufig enorme Knorpel- und Knochenwucherungen im Gelenk und um dasselbe vor, Wucherungen, die sich auf rein mechanische Weise nicht erklären lassen und die darauf deuten, dass das öfter beobachtete Zusammentreffen so schwerer Gelenkveränderungen mit Tabes kein zufälliges sein könne, sondern dass auch trophische Störungen vorauszusetzen seien.

Herr Sick: Bei Arthritis deformans kommt es ebenso oft vor, dass man Spangen und Knochen in der Gelenkkapsel findet. Virchow hat speciell ausgesprochen, dass die massenhafte Knochenneubildung nichts mit Tabes zu thun hat.

Herr **Bertelsmann** legt eine von zwei am heutigen Tage bei einer Section der Abtheilung des Oberarztes Dr. Schütz gefundenen **Cystennieren und ein zugehöriges Herz mit hypertrophischem linken Ventrikel** vor. Daran anknüpfend, dass man sich die Cystennieren durch intrauterine entzündliche Vorgänge in den Nierenpapillen entstanden denke, erwähnt er, dass der Vater des Patienten unter ähnlichen Erscheinungen fast im gleichen Lebensalter erkrankt und gestorben sei und dass man kürzlich auf der Abtheilung des Herrn Dr. Nonne zwei Brüder mit Cystennieren secirt habe. Es sei die Beobachtung darauf zu lenken, ob nicht dieser intrauterinen Erkrankung eine erbliche Ursache zu Grunde liege. Wie meistens, ist bei diesem Patienten das Leiden nicht diagnosticirt worden. Der Patient hat sich auch fast gesund gefühlt, geringe Beschwerden, Kopfweh für einige Tage, dann und wann Schlaflosigkeit, einen Anfall von Kolik ausgenommen, bis er am 23. X. eine Apoplexie bekam. Bei dem 34jährigen Patienten fanden wir ausser den Anzeichen der Apoplexie eine Verbreiterung des Herzens nach links, die übrigens desshalb ein gewisses Interesse verdient, weil sie bei cystisch degenerirten Nieren durchaus nicht immer vorkommt, einen gespannten Puls und eine geringe Menge Eiweiss ($^{3}/_{4}$—1 Prom.) in dem Urin, welcher keine geformten Bestandtheile enthielt, 1009—1013 wog und in einer Menge bis zu 5 Liter täglich gelassen wurde. Der Patient erlag einem erneuten apoplectischen Insulte. Die Section ergab den erwarteten Befund, bis darauf, dass statt der angenommenen chronischen Nephritis die hochgradige cystische Degeneration der Nieren gefunden wurde.

Herr Delbanco bemerkt, dass für die Entstehung der Cystenniere noch die Möglichkeit einer Geschwulstbildung, eines Cystadenoms, in Frage komme. Das müsse in dem einzelnen Falle entschieden werden. Chronische Nephritis führe sehr selten zu dem ausgeprägten Bilde der Cystenniere. Redner ist gespannt auf die mikroskopischen Ergebnisse des vorliegenden Präparates.

Herr E. Fraenkel hat Gelegenheit gehabt, zwei Brüder zu seciren, die mit demselben Leiden behaftet waren, aber dadurch nicht zum Exitus kamen. Der eine war ein College, der an Darmblutung nach Typhus zu Grunde ging, der Bruder desselben starb an einem grossen Aortenaneurysma. Es handelte sich um doppelseitige Cystennieren, die mit cystischer Degeneration der Leber combinirt waren.

Durchaus nicht alle Beobachter fassen die Erkrankung als Cystadenome der Nieren auf, andere betrachten sie nach dem Vorgange von Virchow als durch Atresie der Papillen bedingt.

Herr Delbanco verwahrt sich mit Entschiedenheit gegen die Interpretation seiner Worte seitens des Herrn Fraenkel. Er habe mit keinem Worte angedeutet, dass allen Fällen von Cystenniere eine Tumorbildung zu Grunde liege. Seit der Arbeit von Nauwerck und Hufschmidt, denen so viele Mittheilungen gefolgt seien — u. A. die werthvolle Dissertation von Witte — habe man eben die Cystenniere auch anders auffassen gelernt und eingesehen, dass nicht immer der Ausgangspunkt des Processes in einer Virchow'schen Papillitis obliterans bezw. in dazu gehörenden Vorgängen zu suchen sei.

Herr **Nonne** zeigt **Rückenmarkspräparate von 5 Fällen von multipler Sklerose.** Die beiden ersten stammten — Abtheilung von N. im Eppendorfer Krankenhaus — von einem 22jährigen jungen Mann, resp. von einer 40jährigen Frau. Beide hatten durch vier, resp. drei Jahre hindurch das reine Bild der «Myelitis spastica dorsalis» mit mehr oder weniger schweren Blasenstörungen geboten; in beiden Fällen waren neben ausgedehnten Veränderungen im Hals-, oberen Dorsal- und Lendenmark, die in der bekannten irregulären Vertheilung die verschiedensten Theile des Querschnitts betroffen hatten, im unteren Dorsalmark je ein grosser, fast den ganzen Querschnitt betheiligender Herd nachzuweisen. Der dritte Fall — Abtheilung von N. im Neuen Allgemeinen Krankenhause — betraf einen 36jährigen Mann, welcher zehn Jahre im Neuen Allgemeinen Krankenhause in Beobachtung gewesen war und bei dem eine spastische Parese der oberen, spastische Paralyse der unteren Extremitäten neben einer Intentionsstörung der Extremitäten und doppelseitiger neuritischer Opticusatrophie bestanden hatte; während bis vor vier Jahren ab

und zu sehr erhebliche Remissionen für mehrere Monate eintraten, so dass Patient am Stock wieder gehen und die oberen Extremitäten zu gröberem Hantiren gebrauchen konnte, wurden seitdem die spastisch-paralytischen Symptome constant. Dazu kam ein schwerer Decubitus am Kreuzbein und Sphincterenlähmung. Der Befund im Rückenmark war im Wesentlichen derselbe wie in den ersten beiden Fällen.

In einem vierten Fall — derselbe wurde vom Vortr. vor vier Jahren im «Vereinshospital» beobachtet und betraf eine 51 jährige Frau — entwickelte sich, nachdem die Kranke schon seit ca. drei Jahren spastisch-paretische Symptome der unteren Extremitäten geboten hatte, subacut eine schlaffe motorische Paraplegie der unteren Extremitäten, deutliche, aber nicht sehr starke Sensibilitätsstörungen an denselben, Sphincterenlähmungen und Kreuzbeindecubitus.

In diesem Falle fand sich ebenfalls eine in der ganzen Länge des Rückenmarks disseminirte fleckweise multiple Sklerose, deren «transversaler» Herd im mittleren Lendenmark sass.

In allen vier Fällen fanden sich im Grosshirn im frischen und gemüllerten Präparat nur sehr spärliche kleine Herde, das Kleinhirn, die Pons und Medulla oblongata waren in allen vier Fällen frei.

In einem fünften Fall, der ein 30jähriges Mädchen betraf, war vor 4 Jahren wegen einer wechselnden motorischen Schwäche in der rechten oberen Extremität, die mit ausstrahlenden, die ganze Extremität betreffenden Schmerzen verbunden war — die ebenfalls wechselten — die Diagnose auf Hysterie — mangels objectiver Symptome — gestellt worden. Zwei Jahre später kam Patientin wieder zur Aufnahme im Neuen Allgemeinen Krankenhaus und bot zunächst das Bild einer Kleinhirnaffection: cerebellare Ataxie, Taumeln nach links, Kopfschmerzen, Erbrechen, Neuritis optica duplex, Parese des linken Facialis. Im weiteren Verlauf trat Nystagmus, wechselnde Paresen im Oculomotorius-Trochlearis-Abducens-Gebiet, scandirende Sprache und Intentionstremor auf. Während die früher vorhandene linksseitige Facialislähmung sich zurückgebildet hatte, wurde ca. ein halbes Jahr ante mortem die Nothnagel'sche Form der Facialislähmung constatirt und blieb constant: Lähmung des rechten Facialis bei unwillkürlichen mimischen Bewegungen, bei Erhaltensein der willkürlichen Innervation; dabei bestand exquisites Zwangslachen und Zwangsweinen; den Schluss bildeten Bulbärerscheinungen: Schluck- und Kaustörung, sowie eine erhebliche Demenz.

Die Untersuchung ergab neben dem gewöhnlichen Bild der im Rückenmark bunt vertheilten Herde: verschiedene kleinere Herde im Marklager beider Hemisphären, einen grossen Herd im linken Thalam. opticus, einen grossen Herd im linken Kleinhirnstil, grosse Herde in der Oculomotorius-Trochlearis-Abducens-Kern-Region, sowie in der Höhe des Vaguskerns, neben multiplen Herden in der Pons. N. betont, dass dieser letzte Fall ein für die Sklerosis multiplex selten reines Beispiel für Congruenz zwischen klinischen Symptomen und anatomischem Befund bietet. Ferner ist N. geneigt, in diesem Falle eine Bestätigung der Nothnagel'schen Lehre zu finden, dass der Thalamus opticus ein Centrum für den Ausdruck der Affectbewegungen darstellt.

Die atypischen, vom ursprünglichen Charcot'schen Bilde abweichenden Fälle kommen heute überwiegend häufig zur Beobachtung: So sah N. in den letzten drei Jahren nur eine Section eines Falles von multipler Sklerose, die das klassische Charcot'sche Bild intra vitam geboten hatte — N. demonstrirt die Rückenmarkspräparate dieses Falles — und gegenwärtig hat N. auf seiner Krankenhausabtheilung neben zwei Fällen multipler Sklerose vom «typischen» Bilde zwei solche vom hemiplegischen, vier vom chronisch-«myelitischen» Charakter in Beobachtung.

Des Weiteren berichtet N., dass er vor sechs Jahren einen Fall von Herrn Dr. Gläser's Abtheilung obducirt und mikroskopisch untersucht hat, der intra vitam das letzte Jahr im Wesentlichen das Bild der amyotrophischen Lateralsklerose gezeigt hatte, sowie, dass ein Fall, der vor drei Monaten im Neuen Allgemeinen Krankenhaus — Abtheilung von Herrn Prof. Rumpf — zur Obduction kam, über ein halbes Jahr lang ebenfalls als amyotrophische Lateralsklerose imponirt hatte, bis hinzutretende spastische Symptome der oberen Extremitäten, Sphincterenlähmungen, Decubitus und Opticusveränderungen die Auffassung änderten.

Endlich beobachtet N. zur Zeit eine 26jährige — sonst ganz gesunde — Frau, bei der sich ohne irgend eine nachweisbare Ursache subacut eine schlaffe motorische Paraplegie der oberen Extremitäten, deren Grad sehr wechselt, mit nicht constanten Sensibilitätsstörungen, neben spastischen Paresen der unteren Extremitäten und geringen und wechselnden Blasenstörungen entwickelt hat; später wurde eine Neuritis optica dextra incipiens festgestellt. Auch in diesem Falle handelt es sich offenbar um eine atypische Form einer multiplen Sklerose.

In keinem der obducirten Fälle — das muss gegenüber der neueren Tendenz, Traumen aetiologisch verantwortlich zu machen, betont werden — war anamnestisch ein Trauma nachweisbar. Auf die mikroskopischen Befunde will N. zur Zeit nicht eingehen.

Dieselbe Erfahrung, dass die atypischen Formen der «multiplen Sklerose», in specie die unter dem Bilde der «chronischen Myelitis» mit und ohne Opticusveränderungen sowie die als hemiplegische Form auftretenden, die überwiegende Häufigkeit darstellen, hat N. auch in der Privatpraxis gemacht.

Herr Liebermann demonstrirt mikroskopische Präparate einer **Prostata**.

Bei dem Patienten, von dem die Prostata stammt, liess sich nur eine Hypertrophie derselben nachweisen und auch am Sectionstisch konnte weiter nichts Besonderes entdeckt werden, mikroskopisch erwies sich dieselbe jedoch als unzweifelhaftes Carcinom.

Primäre Prostatakrebse sind im Allgemeinen selten, nur Julien widerspricht dieser Anschauung in einer 47 Beobachtungen zusammenstellenden Arbeit und berichtet, dass Guyon allein in 1 Jahre 14 Prostatakrebse behandelt habe. Viele Fälle entziehen sich gewiss der Beobachtung, da sie ohne die üblichen Störungen in der Blasen- und Rectumfunction verlaufen können, und da eine vergrösserte Prostata bei alten Leuten — und bei diesen tritt der Prostatakrebs fast nur auf — kein auffälliger Befund ist.

Dass Weichtheilmetastasen häufig sind, ist bekannt, aber Metastasen verschonen auch das Skeletsystem nicht, finden sich hier sogar gar nicht selten.

Recklinghausen veröffentlichte zuerst 5 derartige Beobachtungen, eine weitere stammt von Sasse, bei der sich an den Röhrenknochen der unteren Extremitäten eine diffuse Ostitis carcinomatosa fand; alle Theile des Knochens einschliesslich des Periosts waren derartig diffus infiltrirt, dass eine Sonderung in Einzelherde unmöglich war und dass die äussere Form und innere Structur des Knochens total verändert waren. Es bestand ein extremes Missverhältniss zwischen dem primären Herd und den Metastasen, wie das seitdem schon mehrfach beobachtet werden konnte.

Findet man also Carcinommetastasen, deren Ausgangsherd unentdeckt bleibt, besonders also auch, wenn diese Metastasen ihren Sitz im Knochen haben, so muss man nach dem Befund des vorliegenden Falles an ein Carcinom der Prostata denken, selbst wenn sich klinisch und am Sectionstisch nichts hierfür nachweisen lässt.

Herr A. Wiesinger: Klinisch kann es sehr schwer sein, ein Prostatacarcinom zu erkennen. Ein 74jähriger Mann zeigte uns Erscheinungen einer Prostatahypertrophie. Er wurde entsprechend behandelt. Auch auf dem Sectionstisch war die Sache nicht klar. Erst die mikroskopische Untersuchung ergab, dass ein Carcinom vorlag.

Herr E. Fraenkel zeigt einen Gewebsstreifen von der Unterlippe, ein Conglomerat **adenomatös vergrösserter Lippenschleimdrüsen** aufweisend. Während dieselben sonst nur 1—5 mm gross sind, sind sie hier zu sichtbar grossen Tumoren herangewachsen. Es ergoss sich beständig eine schleimige Masse auf das Lippenroth.

1891 hat Herr Fr. im 442. Bande von Langenbeck's Archiv über diese Beobachtung berichtet und bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen, dass Volkmann auch auf eine entzündliche Veränderung der Lippenschleimhaut aufmerksam gemacht hat. An derartige Veränderungen hat Herr Fr. bei Vorstellung des Falles von Herrn Delbanco in der vorigen Sitzung gedacht, um so mehr, als es sich auch in dem Falle Volkmann's um Syphilis handelte. (Schluss folgt.)

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 10. December 1898.

Foudroyante Gangraen der Penis- und Scrotalhaut. — Spontangangraen und Endarteriitis obliterans. — Eitrige Thrombose des Sinus transversalis. — Röntgenbilder von Aortenaneurysmen.

Einen seltenen Fall foudroyanter Gangraen der Penis- und Scrotalhaut hatte Prof. Lang zu beobachten Gelegenheit. Ohne bekannte Ursachen entstand bei dem 27 jähr. Manne eine acute Entzündung am Genitale, die in wenigen Tagen zur Gangraen führte. So war es auch der Fall in den wenigen Fällen, welche andere Autoren beschrieben haben. Der Kranke fieberte heftig, sein Allgemeinbefinden war schwer alterirt. Eine venerische Infection wurde nicht constatirt, ebensowenig eine Constitutionsanomalie, als Diabetes, Malaria, Alkoholismus etc. Der Process überschreitet hiebei nicht die Genitalregion, weder gegen den Bauch noch gegen die Schenkel hin. Das Fieber schwindet, die Gangraen grenzt sich ab und bald hat man es mit einer schön granulirenden Wunde zu thun. Als Ursache ist ohne Zweifel eine bacterielle Infection anzusehen.

In therapeutischer Richtung ist es nun richtig, dass man die Gangraen des Scrotums ganz ruhig der Granulationsbildung und Ueberhäutung überlassen darf; selbst ein grosser Hautdefect schliesst sich hier durch Heranziehung von nachbarlicher Haut. Ganz anders ist es beim Penis. Ist hier die Haut der Gangraen zum

Opfer gefallen, so muss man sie rasch ersetzen, will man nicht, dass der Penis bei der Neubildung zu einem unförmlichen Wulste zusammenschrumpft. Bei dem in der Gesellschaft der Aerzte als geheilt vorgestellten Falle wurde der Substanzverlust am Penis durch Hautplastik gedeckt. Der Hautlappen wurde der unteren Bauchgegend entnommen und heilte an; nur ein kleines Läppchen wurde gangraenös. Auch diese kleinere Stelle wurde gedeckt, so dass der Mann jetzt einen Penis besitzt, der in seiner ganzen Ausdehnung eine neue Bedeckung aus normaler, substanziöser Haut besitzt.

Ebenfalls in unserer Gesellschaft der Aerzte hielt vor Kurzem Dr. Karl Sternberg einen interessanten Vortrag über die Beziehungen der Endarteriitis obliterans zur Spontangangraen. Sternberg hatte Gelegenheit, in 8 Fällen von Spontangraen die Arterien, Venen und Nerven der betreffenden Extremitäten zu untersuchen und vergleicht seine Resultate mit den von anderen Forschern in derlei Fällen beobachteten. Die Gangraen, welche die oberen oder unteren Extremitäten betraf, zeigte sich bei zumeist jugendlichen, immerhin bei noch kräftigen Individuen unter dem Bilde von rheumatoiden Schmerzen, Paraesthesien und leichter Ermüdung; oft war die Ausbreitung eine symmetrische.

Untersuchte St. die amputirte Extremität, so fand er die zuführenden Arterien in grosser Ausdehnung verschlossen. An der Stelle der Obliteration war das Gefäss von einem mehr oder minder kernreichen, ziemlich derben und der Gefässwand innig anliegenden Bindegewebe vollkommen ausgefüllt. Das Bindegewebe war von zahlreichen neugebildeten Gefässchen durchsetzt und enthielt bisweilen freies Blutpigment. Die Media und Adventitia war fast stets normal; wo die Einengung noch nicht hochgradig war, war die Intima nur deutlich verdickt. Zuweilen ragte bloss ein zapfenförmiger Fortsatz der Intima in das Gefässlumen hinein. In ähnlicher, jedoch geringerer Weise sind die Venen verändert, die Nerven sind vollkommen normal.

Der Vortragende sieht den Process als eine Proliferation der Gefässlumina an und zählt denselben zur sog. Endarteriitis, beziehungsweise Endophlebitis obliterans, s. proliferans, s. hyperplastica. Es weist auf ähnliche Vorgänge in anderen Blutwegen hin (Ductus Botalli, Nabelarterien, mal perforant etc.) und führt des Weiteren aus, dass man es in allen Fällen von Spontangangraen wohl mit einer angeborenen Schwäche des Gefässsystems zu thun habe. In Folge Einwirkung mannigfacher Schädlichkeiten (Erkältungen, Durchnässungen, Ueberanstrengungen, Traumen) kommt es hier zu einer Ernährungsstörung der Gefässwandungen, welche schliesslich zur Endarteriitis und zur Gangraen führt. Warum diese Ernährungsstörung resp. die Erweiterung des Lumens der Gefässe zur Bindegewebsneubildung führt, wird durch die Hypothesen von Thoma und Goltz zu erklären versucht. Die Schmerzen fasst Sternberg, da die Nerven normal sind, als Gefässschmerzen im Sinne von Nothnagel und Laache auf, resp. nach Roma in Folge der in der Adventitia vorhandenen Vater-Pacini'schen Körperchen.

Im Wiener medicinischen Club demonstrirte Assistent Dr. Ferd. Alt zwei Patienten der Klinik Politzer, 20, resp. 23 jährig, bei welchen im Verlaufe einer seit der Kindheit bestehenden chronischen eitrigen Mittelohrentzündung eine eitrige Thrombose des Sinus transversalis auftrat. Die Erscheinungen waren folgende: Die Kranken hochgradig verfallen, benommen, pyaemisches Fieber mit zahlreichen Schüttelfrösten, Schmerzen bei Drehung des Körpers nach rechts, Otorrhoe rechts mit Granulationen und Cholesteatomen im Mittelohre; Warzenfortsatz auf Druck schmerzhaft. Bei der von Alt ausgeführten Operation zeigte sich das Mittelohr, das Antrum, sowie eine grosse Höhle im Warzenfortsatze von cholesteatomatösen Massen erfüllt, welche bis an den Sulcus sigmoideus heranreichten. Bei der Freilegung des Sinus entleerten sich in beiden Fällen zunächst etwa zwei Esslöffel übelriechenden Eiters aus einem extraduralen perisinuösen Abscess, sodann wurde die missfärbige Wand des starren Sinus transversus in etwa 5 cm Länge incidirt und die Thrombenmassen wurden ausgeräumt. Rascher, afebriler Verlauf.

Bei diesem Anlasse wies Docent Dr. H. Schlesinger darauf hin, dass bei Sinusthrombose die Art der Nackensteifigkeit eine ganz andere sei, als bei Meningitis. Die Wirbelsäule selbst sei auf Druck nicht empfindlich, dagegen Druck neben derselben schmerzhaft, ebenso entlang dem Verlaufe der Vena jugularis. Nickbewegungen sind im mässigem Grade ausführbar, Drehbewegungen in der Regel unausführbar, Schluckbewegungen zumeist schmerzhaft. Das Auftreten dieser Symptome ist wohl dadurch bedingt, dass der Sinusthrombus sich auf die Vena jugularis fortgesetzt hat.

Sodann demonstrirte und besprach Dr. Weidenfeld zwei Fälle aus der Klinik Kaposi, einmal luetische Geschwüre im Gesicht, sodann einen Fall von Rhinosklerom der Nase und des Rachens. Dr. Mayer demonstrirte das Präparat eines Carcinoms des Pankreas. Auftreibung des Bauches, Fettstuhl, kein Zucker im Harne, eigenthümliche, silbergraue Verfärbung der Haut, ohne dass die Schleimhäute ergriffen gewesen wären. Fibröses Carcinom des Pankreasschweifes, Nebennieren frei. Dr. Reichel stellte einen Patienten vor mit den Erscheinungen atrophischer Lebercirrhose, bei welchem nach Kalomelgebrauch die Erscheinungen in eclatantester Weise zurückgegangen sind. Zum Schlusse zeigte Dr. R. Kienböck eine grosse Zahl von Röntgenphotographien aus der Klinik Professor Schrötter's, worüber wir in gedrängter Kürze berichten wollen.

Vorerst wurden Bilder von Missbildungen an den Händen und Beinen gezeigt, Poly-, Syndaktylie etc. Ein Schultergelenk bei Kinderlähmung. Der Kopf eines 26 Jahre alten Zwerges, bei welchem sämmtliche Epiphysenfugen der Handknochen noch offen sind, was übrigens bei den Händen von 3 anderen Zwergen der Fall war, so dass mit Sicherheit echter Zwergwuchs diagnosticirt werden konnte. Drei Fälle von Syringomyelie, mit Knochenfracturen, Arthropathien etc. Dr. K. zeigt sodann mehrere Brustaufnahmen von Aortenaneurysmen der verschiedensten Grösse. Zumeist war die klinische Diagnose schon vor der Durchleuchtung gemacht worden, in einzelnen Fällen wurde an die Möglichkeit des Bestehens von derlei Aneurysmen gedacht, z. B. wegen Schmerzen an der Brust, hyperaesthetischer Zone an der Haut im Gebiete der obersten Dorsalsegmente, Accentuirung des 2. Aortentones. Die Diagnose war immer eine sichere, wenn auf dem Röntgenschirme der Schatten der grossen Gefässe im 2. oder 3. Intercostalraum verbreitert war und sich zugleich nach beiden Seiten hin deutlich mit der Systole pulsatorisch verbreiterte. Auf der Photographie ist wenigstens die Gestalt des grossen Schattens meist für Aneurysma charakteristisch.

Eine sehr bedeutende Zunahme des Herzschattens im queren und im Höhendurchmesser kommt bei Dehnung des Herzens durch Erlahmung desselben und bei pericardialem Erguss vor. Die Pulsation pflegt dann auf dem Schirme unbedeutend zu sein oder zu fehlen. Auch ein solider Tumor kann bei Röntgenuntersuchung ein Aortenaneurysma vortäuschen, endlich ist auf dem Schirme eine Aortenpulsation nach links bei Aorteninsufficienz und bei Verziehung des Gefässes durch pleurale Schwarten zu sehen. Es bedarf grosser Sorgfalt und specialistischer Ausbildung, um hier Irrthümer zu vermeiden.

Zum Schlusse zeigte Dr. K. die Thoraxphotographie einer 55 jährigen Frau. Sowohl die klinische als die Röntgenuntersuchung hatten erkennen lassen, dass das Herz durch eine Pleuraschwarte nach links-hinten-unten verzogen war. Auf dem Schirme war ausserdem noch sichtbar, dass die linke, den verdunkelten linken Thoraxraum abschliessende Diaphragmahälfte in Mittellage stillstand, und dass sich diese Fixation auch auf den medialen Abschnitt der rechten Zwerchfellhälfte erstreckte. Diese Verhältnisse sind zum Theile auf der Photographie zu sehen, zum Theile bloss zu erschliessen.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 13. December. In einer Beilage zur heutigen Nummer veröffentlichen wir die Protokolle der diesjährigen Sitzungen der bayerischen Aerztekammern. Den Hauptgegenstand der Tagesordnung bildete der Entwurf einer ärztlichen Standesordnung, dessen wiederholte Berathung nothwendig geworden war, nachdem die nach der ersten Berathung in den Aerztekammern stattgehabte Discussion in den Bezirksvereinen und in der Presse eine Reihe von verbesserungsbedürftigen Punkten ergeben hatte. Wie das Protokoll der oberbayerischen Kammer zeigt, fanden die in No. 42 u. 43 d. W. mitgetheilten

Abänderungsanträge des ärztlichen Bezirksvereins München bei der Kammer wenig Gnade. Soweit sie sich nicht mit den Anträgen des Referenten (Hofrath **Rapp**-Reichenhall) resp. mit den Anträgen des Aerztekammerausschusses deckten, wurden die Münchener Anträge fast sämmtlich abgelehnt. Dabei ist zu bedenken, dass der ärztliche Bezirksverein München **406**, sämmtliche übrigen oberbayerischen Bezirksvereine zusammen nur **202** Mitglieder zählen! Dieser Majorisirung der Münchener Delegirten gegenüber ist es begreiflich, dass selbst der Regierungscommissär, Kreismedicinalrath Dr. **Aub**, nachdem die Aerztekammer ihn als ihren Vertrauensmann zum erweiterten Obermedicinalausschuss delegirt hatte, das Bedürfniss fühlte, zu erklären, dass er bemüht sein werde, dort auch der Minorität geeignete Berücksichtigung zu verschaffen. Das oberbayerische Protokoll ist übrigens lesenswerth; wir können uns nicht versagen, einige Stellen hier hervorzuheben:

Der Bezirksverein München hatte beantragt, dass auch das wissenschaftliche Verhalten eines Arztes der ehrengerichtlichen Beurtheilung nicht unterliegen solle. Referent Dr. **Rapp**: «In den beantragten Zusatz auch das wissenschaftliche Verhalten eines Arztes aufzunehmen, halte ich für zu weitgehend, da das wirklich wissenschaftliche Leben eines Arztes doch nie ein Ehrengericht beschäftigen kann (cf. Ziff. 21 Red.) und man nicht wegen seltener, vielleicht einmal vorkommender Fälle die Wirksamkeit einer Standesordnung einschränken soll; ich glaube, dass durch die erweiterte Fassung mehr Missverständnisse hervorgerufen werden können, als ohne dieselbe und muss desshalb bei der beantragten Fassung stehen bleiben.»

Ziffer 1 wird in der Fassung des Referenten mit 11 gegen 6 Stimmen angenommen.

Oder: Die Ziffer 2 (der Arzt muss auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde stehen) sollte nach dem Antrag München gestrichen werden. Der Antrag wurde von den Herren Dr. **Wohlmuth** und Prof. **Moritz** warm unterstützt. Referent Dr. **Rapp**: «Die vorgebrachten Bedenken haben eine gewisse Berechtigung; allein wir müssen bedenken, dass wir als Aerzte, welche auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde stehen, diesen Entwurf der k. Regierung vorlegen und diesen unseren Standpunkt niemals verleugnen dürfen; ich möchte desshalb beantragen, diese Ziffer nicht zu streichen.»

Der Antrag **Wohlmuth** wird mit 11 gegen 6 Stimmen abgelehnt.

Und so weiter. — Wahrhaft erquickend ist nach manchem Anderen das Protokoll der mittelfränkischen Kammer. Wenn seit Jahren die Führung der bayerischen Aerzte nicht in Oberbayern, resp. München, wie man vielleicht erwarten könnte, sondern in Mittelfranken, resp. Nürnberg ruht, so erhält man durch das Lesen der Protokolle von Neuem den Eindruck, dass dieses Verhältniss zu Recht besteht. Und wenn der Vorsitzende der mittelfränkischen Kammer, Herr M.-R. **Merkel**, in der schönen Ansprache, mit welcher er die Verhandlungen einleitete, Rücktrittsgedanken laut werden liess, so hoffen wir, dass diese nicht ernst gemeint waren und dass wir ihn noch lange als den Führer der bayerischen Aerzte auf dem Platze sehen. Er darf des Vertrauens nicht nur der mittelfränkischen, sondern aller bayerischen Aerzte sicher sein.

— In den Reichshaushaltsetat für 1899, Etat des Auswärtigen Amtes, sind 60 000 M. als erste Rate für eine Expedition zur Erforschung der Malaria eingestellt worden.

— In Berlin hat eine weitere, 26 000 Mitglieder zählende Krankencasse, die der Schneider, beschlossen, vom 1. April n. J. an die **freie Arztwahl** einzuführen.

— In der Schularztfrage hat der Berliner Magistrat beschlossen, zunächst für 20—25 Gemeindeschulen vom 1. April 1899 ab Aerzte anzustellen. Der Schularzt erhält für jede Schule ein jährliches Honorar von 500 M.

— Die von der Aerztekammer Brandenburg-Berlin eingesetzte Commission zur Bekämpfung der Curpfuscherei schreibt eine Preisbewerbung für eine Schrift aus, welche die Eindämmung des Curpfuscherthums durch Aufklärung des Volkes bezweckt. Die Schrift soll in allen Schichten der Bevölkerung zur Verbreitung gelangen. Die Bedeutung der wissenschaftlichen Medicin für den Einzelnen wie für das Gesammtwohl, und andererseits die Haltlosigkeit, die Schwindelhaftigkeit und Gemeingefährlichkeit der Curpfuscherei ist in populärer, leicht fasslicher Weise darzulegen. Besonderes Gewicht ist auf die Verwerthung von Thatsachen zu legen, sowohl in Bezug auf den Nutzen der wissenschaftlichen Heilkunde als auch in Bezug auf die bekannten und insbesondere gerichtlich erwiesenen Schäden des Curpfuscherthums. Als Preis wird für die beste, zum Druck geeignete Schrift, die ungefähr zwei bis drei Druckbogen umfassen soll, ein Betrag von 300 Mark ausgesetzt; die Schrift wird Eigenthum der Aerztekammer. Die Arbeiten sind, mit einem Motto versehen und mit einem den Namen des Verfassers enthaltenden verschlossenen Couvert, an den Vorsitzenden der Commission, Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. **Guttstadt**, Berlin W., Genthinerstrasse 12, einzureichen. Als Schlusstermin für die Ablieferung der Arbeit gilt der 1. Juli 1899. Als Preisrichter fungiren die Herren **Eulenburg** und **Guttstadt** in Berlin, **Lirsch** in Kottbus.

— Die Petition, betreffend die Errichtung eines Ofens behufs Einäscherung der an ansteckenden Krankheiten Verstorbenen, die seitens einer Anzahl von Berliner Aerzten an Magistrat und Stadtverordnete gerichtet worden, ist in der Deputation für öffentliche Gesundheitspflege eingehend berathen worden. Die Bedürfnissfrage ist verneint worden.

— Am 4. ds. fand in der Salpetrière zu Paris die Einweihung des dort errichteten Charcotdenkmals statt.

— In der 47. Jahreswoche, vom 20. bis 26. November 1898 hatten von deutschen Städten über 40,000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Ludwigshafen mit 31,3, die geringste Kaiserslautern mit 7,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Metz, an Scharlach in Halle, an Diphtherie und Croup in Frankfurt a. O. und Königshütte.

(Hochschulnachrichten.) **Berlin.** Dr. Otto **Voges**, Assistent am Institut für Infectionskrankheiten, wurde als Professor der Hygiene und Leiter des bacteriologischen Staatslaboratoriums nach Buenos-Ayres berufen. — **Erlangen.** Dr. L. R. **Müller**, I. Assistent der medicinischen Klinik, habilitirte sich für innere Medicin. Die Habilitationsschrift führt den Titel: Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie des untersten Rückenmarksabschnittes. Dr. Fr. **König**, Assistent der Bergmann'schen Klinik (Sohn des Berliner Chirurgen) habilitirte sich als Privatdocent für Chirurgie. — **Halle.** Nach dem amtlichen Verzeichniss der hiesigen Universität sind in der medicinischen Facultät 12 ordentliche, 8 ausserordentliche Professoren, ein Honorarprofessor und 14 Privatdocenten. Die Gesammtfrequenz beträgt 1605, wozu 142 Personen, darunter 15 Damen, kommen, die die besondere Erlaubniss zum Hören von Vorlesungen erhalten haben. Medicin studiren 241, von denen 197 Preussen sind. — **Heidelberg.** Der Leiter des zahnärztlichen Institutes an der Universität Dr. **Jung** erhielt den Titel Professor. — **Strassburg.** Im laufenden Wintersemester hat sich die Zahl der Studirenden auf 1075, mit Einschluss von 58 Hospitanten auf 1133 zum Hören der Vorlesungen Berechtigte gesteigert, womit die höchste bisher verzeichnete Besuchziffer erreicht wird. Von 335 Studirenden der Medicin — gegen 324 im letzten Sommer, 329 im letzten Winter — entfallen 172, also ca. 50% auf Elsass-Lothringen. An den übrigen 50% participirt in bei weitem grösster Zahl Preussen, der kleine Rest vertheilt sich auf die übrigen Bundesstaaten und das Ausland. — **Tübingen.** An der hiesigen Universität befinden sich 1303 Studirende; davon sind 260 Mediciner. — **Würzburg.** Professor **Röntgen**, welcher kürzlich einen Ruf an die Universität Leipzig erhalten hat, wird demselben **nicht** folgen, sondern in Würzburg verbleiben.

Brüssel. Am 4. Dezember wurde das 25jährige Professorjubiläum von Prof. **Heger** gefeiert. Nach seinem eigenen Wunsch liessen die Theilnehmer von den besten Künstlern den Hörsaal des «Institut Polvay», wo er liest, in geschmackvoller Weise decoriren.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Anton **Arendts**, appr. 1896, in München.

Gestorben: Dr. Carl **Truckenbrod** in Regensburg, 43 Jahre alt. Dr. Hugo **Rabus** in Emskirchen, 50 Jahre alt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 48. **Jahreswoche** vom 27. Nov. bis 3. Dec. 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 13 (15*), Diphtherie Croup 37 (28), Erysipelas 18 (12), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (2), Kindbettfieber 5 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 1 (2), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 7 (9), Parotitis epidem. 5 (4), Pneumonia crouposa 20 (15), Pyaemie, Septicaemie 1 (2), Rheumatismus art. ac. 24 (22), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 17 (21), Tussis convulsiva 36 (41), Typhus abdominalis 2 (3) Varicellen 35 (49), Variola, Variolois — (—). Summa 222 (226).

Kgl. Bezirksarzt Dr. **Müller**.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 48. Jahreswoche vom 26. Nov. bis 3. Dec. 1898.
Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 2 (4), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 2 (—), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 2 (3), Croupöse Lungenentzündung 3 (1), Tuberculose a) der Lungen 18 (20), b) der übrigen Organe 6 (7), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 2 (—), Unglücksfälle 1 (1), Selbstmord — (—), Tod durch fremde Hand 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 181 (178), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 21,9 (21,5), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,1 (13,5), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 11,3 (11,6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns.

Die am 10. Oct. 1897 in Nürnberg zur gemeinsamen Berathung versammelt gewesenen Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern haben sich in Bezug auf die Thätigkeit der Kammersitzung am 30. October 1897 zu folgenden Sätzen vereinigt.

A. Allgemeines.

1. Jeder Arzt ist verpflichtet seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in der Berufsthätigkeit, wie ausserhalb derselben die Ehre und das Ansehen seines Standes zu wahren.
2. Der Arzt muss auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde stehen.
3. Die öffentliche Gesundheitspflege soll jeder Arzt nach Kräften zu fördern trachten.
4. Dem Geheimmittelunwesen und der damit verbundenen Curpfuscherei ist entgegenzutreten.

B. Specielles.

I. Die ärztliche Praxis.

5. Praxiseröffnung, Wohnungswechsel und vorübergehende Abwesenheit darf nach ortsüblicher Sitte angezeigt werden.
6. Ausschreiben unentgeltlicher Behandlung ist verboten, ausgenommen zu akademischen Lehrzwecken
7. Verboten ist das öffentliche Anbieten brieflicher Behandlung.
8. Die Bezeichnung «Specialist» ist ohne genügende Vorbildung unstatthaft. Specialisten sollen anderweitige Praxis nicht betreiben.
9. Die Bezeichnung «Klinik» und «Poliklinik» gebührt nur staatlichen Lehranstalten.
10. Geschäftsmässiger Verkauf von Apparaten und Heilmitteln jeder Art ist verboten.
11. Kauf oder Verkauf der ärztlichen Praxis in jeglicher Form, sowie das gewerbsmässige Vermitteln solcher Geschäfte ist unstatthaft.
12. Es ist eines Arztes unwürdig, seine Hilfe aufzudringen, sei es persönlich oder durch Andere.
13. Die Erwerbung von Kranken gegen Entgelt (durch Hebammen, Bader und dergl.) ist als unwürdig verboten.
14. Das Ausstellen von Zeugnissen für Reclamezwecke ist verboten.
15. Geheimmittel und notorisch werthlose (Reclame)-Mittel darf kein Arzt verordnen.
16. Krankengeschichten, ärztliche Berichte etc. dürfen nur in Fachblättern veröffentlicht werden.
17. Oeffentliche Danksagungen aller Art sind hintanzuhalten.
18. Ein Arzt darf nicht mit seinem Namen therapeutische Maassnahmen von Nichtärzten decken.
19. Laien dürfen zu Operationen nicht eingeladen werden.

II. Verkehr mit den Patienten anderer Aerzte.

20. Nichtärzten gegenüber ist jede abfällige Kritik ärztlicher Thätigkeit verboten.
21. Kein Arzt darf einen Kranken übernehmen, von dem er weiss, oder nachträglich erfährt, dass derselbe bereits in der Behandlung eines anderen Arztes steht. Die Uebernahme eines solchen Kranken ist erst zulässig, wenn auf die Hilfe des Erstbehandelnden verzichtet, und dieser davon benachrichtigt wurde.

    Berathungen im Hause des Arztes unterliegen dieser Beschränkung nicht. Jedoch soll auch dabei Rücksicht auf bekannte vorhergegangene ärztliche Berathung genommen werden.
22. In Nothfällen kann ein Rath auch den Kranken anderer Aerzte nicht verweigert werden, doch ist der behandelnde Arzt nachträglich davon zu verständigen.
23. Werden bei eiligen Fällen mehrere Aerzte gerufen, so behält der Hausarzt den Kranken, beim Fehlen eines solchen wählt der Kranke den Arzt.
24. Controlbesuche im Auftrage von Behörden, Berufsgenossenschaften, Versicherungsgesellschaften, Cassen u. s. w. dürfen nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzte stattfinden. Dauernde Controlthätigkeit für solche Anstalten bedarf der vorherigen Genehmigung des Bezirksvereins.

III. Consilien.

25. Als Consiliarius ist jeder Arzt zuzulassen, der die Fähigkeit besitzt, einem Bezirksverein anzugehören, und auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde steht.
26. Bei Consilien ist pünktliches Erscheinen nöthig. Ueber eine Viertelstunde braucht der Erstgekommene nicht zu warten, bei weiten Entfernungen entsprechend länger. Nur ganz dringende Fälle entschuldigen das Wegbleiben.
27. Ist nur der behandelnde Arzt im Consilium erschienen, so verordnet er nach Bedarf. Ist der in's Consil Gezogene allein, so entfernt er sich ohne Weiteres. Nur in dringenden Fällen kann er untersuchen und nach Bedarf ordiniren. Ist er aus weiterer Entfernung herbeigerufen, so kann er ebenfalls untersuchen und seine Ansicht dem Hausarzt schriftlich mittheilen.
28. Der Consiliarius soll jeden Schein der Ueberlegenheit, sowie jede Kritik der bisherigen Behandlung vermeiden.
29. Der Meinungsaustausch der berathenden Aerzte muss ohne Zeugen geschehen.
30. Bei Uneinigkeit der berathenden Aerzte kann ein dritter Arzt zugezogen werden. Die Majorität entscheidet alsdann. Ist eine solche Zuziehung eines weiteren Arztes unthunlich, so soll der behandelnde Arzt dem Kranken resp. dessen Familie die Entscheidung nach Darlegung der Sachlage überlassen. Führt auch dies nicht zum Ziel, so zieht sich der Consiliarius zurück unter Angabe seiner Gründe.
31. Das Ergebniss eines Consils kann nach Verabredung von jedem der berathenden Aerzte mitgetheilt werden.

    Familie und Kranker sollen nur dieses Resultat, nicht aber etwaige Meinungsverschiedenheiten etc. erfahren.
32. Von dem im Consilium beschlossenen Verfahren soll nur im Nothfalle vom behandelnden Arzte abgegangen werden.
33. Wiederholung von Consilien ist der Initiative des Hausarztes resp. der Familie durch ihn zu überlassen.
34. Consilien können abgelehnt werden.

IV. Vom ärztlichen Honorar.

35. Die ärztlichen Bezirksvereine sollen für ihre Mitglieder bindende Ortstaxen aufstellen. Diese Taxen mögen dem Bedürfniss entsprechend für Private und für Cassen verschieden gehalten werden.

    Ein grösserer Ort oder ein abgegrenzter kleinerer Bezirk mag auch für sich Ortstaxen aufstellen, die vom Bezirksverein zu genehmigen sind.
36. Verträge einzelner Aerzte mit öffentlichen oder privaten Corporationen, insbesondere mit Versicherungsgesellschaften und Anstalten, mit Kranken-, Unfall-, Invaliditäts- und sonstigen Cassen sind vor dem endgiltigen Abschluss dem Bezirksverein zur Genehmigung vorzulegen.

    Dieser kann die Genehmigung des Vertrages versagen, vor Allem, wenn das festgesetzte Honorar unter die ortsüblichen Taxen herabgeht.
37. Jeder Arzt ist ausserdem verpflichtet, nicht unter die aufgestellten Staats- bezw. Ortstaxen herabzugehen.
38. Unbemittelten kann das Honorar geschenkt werden. Nachlässe am Honorar sollen nicht stillschweigend geschehen, sondern bei der Rechnungsstellung bemerkt werden.
39. Jeder Arzt ist verpflichtet, zahlungsfähige Kranke unter keinen Umständen unentgeltlich zu behandeln.
40. Dem Ansuchen von Kranken um Rechnungsstellung muss entsprochen werden.
41. Bei Bewerbung um öffentliche oder private ärztliche Stellen aller Art darf kein Unterbieten der bestehenden Taxen stattfinden, seien sie von ärztlicher oder anderer Seite festgesetzt.
42. Bei Bewerbung um solche Stellen ist jede Aufdringlichkeit bei den vergebenden Verwaltungen, sowie jedes Herabsetzen der Eigenschaften von Concurrenten streng zu meiden.

V. Vertretung.

43. Bei vorübergehender Erkrankung oder beruflicher Abwesenheit soll einem Collegen unentgeltliche Aushilfe geleistet werden.
44. Bei längerer Abwesenheit oder Erkrankung bleibt die Regelung einer Entschädigung dem Uebereinkommen überlassen. Auch von den nicht aushelfenden Aerzten sollen dabei bekannte hausärztliche Stellungen respectirt werden.
45. Unentgeltliche Aushilfe erstreckt sich nicht auf chirurgische und geburtshilfliche Leistungen.
46. Aerztliche Hilfe bei Collegen und deren Familien soll unentgeltlich geleistet werden.

Um diese Standesordnung durchzuführen, ist der gleichzeitige Erlass einer Ehrengerichtsordnung mit Disciplinarverfahren nothwendig und dürften nachstehende Sätze als Anhaltspunkte für eine solche Ehrengerichtsordnung gelten können.

Strafbestimmungen:

1. Vertrauliche Verwarnung,
2. Vertrauliche Rüge,
3. Oeffentliche Rüge in der Vereinsversammlung,
4. Geldstrafen bis zu 2000 M.,
5. Aberkennung der activen und passiven Wahlfähigkeit für alle innerhalb der Bezirksvereine vorkommenden Wahlen bis zur Dauer von 5 Jahren,
6. Antrag auf Einleitung des Verfahrens zur Aberkennung der ärztlichen Approbation.

Verschärfung von 4. und 5. kann durch Veröffentlichung der Erkenntnisse in der Presse erfolgen.

Als erste Instanz innerhalb der Vereine gilt der Ehrenrath der einzelnen Vereine, dessen Zusammensetzung sich aus den Satzungen der Vereine ergibt.

Als zweite Berufsinstanz fungirt der Ehrengerichtshof der Aerztekammer gemäss § 7 der gemeinsamen Geschäftsordnung der bayerischen Aerztekammern, mit der Bestimmung, dass die Aerztekammer ihren Vorsitzenden und 3 zu wählende Mitglieder abordnet und das k. Staatsministerium des Innern den Vorsitzenden in der Person eines höheren juristischen Verwaltungsbeamten auf bestimmte Zeitdauer ernennt.

Unerlässlich ist auch die gesetzliche Ermächtigung der Aerztekammer zur Erhebung von Umlagen und zur Heranziehung der Aerzte zu gemeinnützigen Einrichtungen.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.

Beilage zu No. 50 der Münchener medicinischen Wochenschrift.

Die Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern
vom Jahre 1898.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberbayern.

München, den 31. October 1898.

Beginn der Sitzung Morgens 9 Uhr.

Anwesende: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Aub als k. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: B.-V. Aichach-Schrobenhausen: Dr. Gröber, k. Bezirksarzt in Aichach; B.-V. Ebersberg-Miesbach-Rosenheim: Dr. Burkart, k. Bezirksarzt, Dr. Max Dirr, prakt. und Bahnarzt, beide in Rosenheim; B.-V. Freising-Moosburg: Dr. Oberprieler, prakt. Arzt in Freising; B.-V. Ingolstadt-Pfaffenhofen: Dr. Grasmann, k. Bezirksarzt in Pfaffenhofen; B.-V. Mühldorf-Neuötting: Dr. Theobald Weiss, prakt Arzt und bezirksärztlicher Stellvertreter in Neumarkt a. d. Rott; B.-V. München: Hofrath Dr. Schnizlein, prakt. Arzt, Hofrath Dr. Brunner, Oberarzt, Dr. Max Wohlmuth, prakt. Arzt, Dr. Moritz, k. Universitätsprofessor, Dr. Max Emanuel Gruber, prakt. und Gefängnissarzt, Dr Aug. Weiss, prakt. Arzt, sämmtliche in München; B.-V. Traunstein-Reichenhall: Hofrath Dr. Rapp, bezirksärztlicher Stellvertreter in Reichenhall Dr. Liegl, prakt. Arzt in Alzing; B.-V. Wasserburg: Dr. Giehrl, k. Bezirksarzt in Wasserburg; B.-V. Weilheim-Landsberg: Dr. Müller, k. Bezirksarzt in Schongau, Dr. Angerer in Weilheim.

Vor Beginn der Verhandlungen waren die Delegirten von Sr. Excellenz dem Herrn Regierungspräsidenten v. Auer empfangen worden, der sich über die zur Berathung der Aerztekammer bestimmten Vorlagen, sowie über andere ärztliche Standesfragen eingehend äusserte.

Der k. Regierungscommissär, Herr Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Aub begrüsst die Delegirten. Es sei ihm seitens der k. Kreisregierung der Auftrag geworden, der diesjährigen Tagung der oberbayerischen Aerztekammer als Vertreter der k. Regierung anzuwohnen. Dieser Auftrag sei ihm nicht nur eine Ehre, sondern auch eine herzliche Freude; seine Vergangenheit sei mit der Aerztekammer so sehr vorknüpft, dass er auch in seiner neuen Stellung den Arbeiten und Bestrebungen derselben das lebhafteste Interesse stets entgegenbringen werde.

Der Alterspräsident, k. Bezirksarzt Dr. Gröber, nimmt nunmehr die Wahl des Ausschusses vor und beruft als Schriftführer ad hoc Dr. August Weiss.

Das Bureau wird folgendermaassen gebildet:

1. Vorsitzender Hofrath Dr. Schnizlein,
2. Stellvertreter des Vorsitzenden: Dr. Max Dirr,
3. Schriftführer Dr. August Weiss.

Hofrath Dr. Schnizlein übernimmt den Vorsitz und erklärt unter dankender Zustimmung der Kammer, dass er in Uebereinstimmung mit § 2 der Geschäftsordnung die Führung der Cassengeschäfte auch in seiner nunmehrigen Stellung beizubehalten bereit sei.

Fernerhin gibt der Vorsitzende der Freude der Aerztekammer Ausdruck, dass Herr Kreismedicinalrath Dr. Aub, der langjährige hochverehrte Leiter der oberbayerischen Aerztekammer nun als Commissär der k. Kreisregierung den Berathungen anwohne; die Kammer gebe sich der Hoffnung hin, dass er, wie bisher, mit seinem werthvollen Rathe ihre Arbeiten zu unterstützen bereit sein werde.

Des Weiteren gedenkt der Vorsitzende in ehrenden Worten des im verflossenen Jahre verstorbenen langjährigen früheren Mitgliedes der oberbayerischen Aerztekammer, des k. Bezirksarztes a. D., Dr. Mayr-Friedberg, an dessen Grab er im Namen des ständigen Ausschusses einen Kranz niedergelegt habe; er bittet die Kammer, sich zum Zeichen ehrenden Gedenkens von den Sitzen zu erheben (geschieht); ferner begrüsst er die neu eingetretenen Delegirten Herrn Dr. Max Emanuel Gruber in München, sowie Herrn Dr. Müller, k. Bezirksarzt in Schongau, der als Stellvertreter für den erkrankten Delegirten Dr. Zenetti-Penzberg einberufen ist.

Nunmehr gibt der Vorsitzende die Tagesordnung bekannt:

1. Bericht über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses pro 1897/98.
2. Cassenbericht.
3. Einlauf incl. Ministerialbescheid.
4. Bericht der Delegirten über den Stand ihrer Bezirksvereine.
5. Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns.
6. Entwurf einer Ehrengerichtsordnung mit Disciplinarverfahren.
7. Antrag, betr. Ermächtigung der Aerztekammer zur Erhebung von Umlagen etc.
8. Revision der ärztlichen Gebührenordnung.
9. Bericht des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse.
10. Wahl des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse und seines Stellvertreters für das kommende Jahr.
11. Wahl der Commission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation.
12. Wahl der Beschwerdecommission, entsprechend dem Schlusssatz des § 12 der k. A.-V. vom 15. Juli 1895.
13. Wahl eines Kreiscassiers für den Verein zur Unterstützung invalider und hilfsbedürftiger bayerischer Aerzte.

Die Kammer genehmigt die Tagesordnung und tritt in die Berathung derselben ein.

ad 1. Bericht über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses pro 1897/98.

Dr. Schnizlein: Der Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammer von 1897 wurde den Delegirten der Aerztekammer im Abdrucke übersendet.

Entsprechend dem § 6 der Geschäftsordnung haben der Vorsitzende des ständigen Ausschusses, sowie der Stellvertreter desselben an einer Besprechung der Vorsitzenden der bayerischen Aerztekammern am 9. October lfd. Js. in Nürnberg theilgenommen; den sämmtlichen Delegirten ist rechtzeitig von den in dieser Besprechung gefassten Beschlüssen Kenntniss gegeben worden, auch wurden die Referenten für die Berathungsgegenstände der diesjährigen Aerztekammer bestellt.

ad 2. Cassenbericht.

Dr. Schnizlein berichtet über den Stand der Casse.

Einnahmen:	Cassabestand des Vorjahres . . .	110 M. 22 Pf.
	Dazu Zinsen des Pfandbriefes pro 1896	7 „ — „
	Beiträge der ärztlichen Bezirksvereine (pro Mitglied 10 Pf.)	58 „ 70 „
		175 M. 92 Pf.
Ausgaben:	. . . .	113 M. 40 Pf.
	Cassabestand pro 1898	62 M. 52 Pf.

Dazu kommt noch ein $3^1/_2$ proc. Pfandbrief zu 200 M. — Pf.

Die zu Cassenrevisoren bestimmten Dr. Liegl und Dr. Dirr befinden Rechnung und Cassa in Ordnung und beantragen die Entlastung des Cassiers. Dieselbe wird ertheilt.

Auf Antrag des Vorsitzenden beschliesst die Aerztekammer pro 1898 den Kammerbeitrag auf 30 Pf. pro Vereinsmitglied festzusetzen.

ad 3. Einlauf:

1) Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammer 1897, d. d. 24. Juli 1898. 2. Einladung zum III. deutschen Sameritertag. 3. Prospect des Verlages der Zeitschrift «Die ärztliche Praxis» in Würzburg. Derselbe erbietet sich, die Protokolle sämmtlicher Bezirksvereine und Aerztekammern zu veröffentlichen gegen die Uebernahme der Verpflichtung, dass die Zeitschrift von sämmtlichen Bezirksvereinsmitgliedern abonnirt werden. (Wird abgelehnt.)

ad 4. Bericht der Delegirten über den Stand ihrer Bezirksvereine:

Dr. Gröber: Aichach-Schrobenhausen 20 Mitglieder. Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Gröber, Schriftführer und Cassier Dr. Friedrich Gröber, prakt. Arzt, beide in Aichach. Im Laufe des Jahres sind 2 ordentliche Versammlungen gehalten worden, in welchen Vorträge stattfanden (Dr. Rauh und Dr. Jorns) und eine ausserordentliche Versammlung zur Berathung und Beschlussfassung über Mindesttaxen für ärztliche Ordinationen und Besuche.

Dr. Dirr: Ebersberg-Miesbach-Rosenheim 40 Mitglieder. Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Frank-Miesbach; Schriftführer und Cassier: Dr. Dirr-Rosenheim. Im Vereinsjahr 1897/98 wurden 3 Versammlungen abgehalten: am 14. December 1897 in Rosenheim, am 5. Juli 1898 in Aibling und am 27. September 1898 in Rosenheim. — Tagesordnung a) für die 1. Versammlung: Bericht über die Verhandlungen der oberbayerischen Aerztekammer pro 1897 durch Bezirksarzt Dr. Burkart; Bericht über die Verhandlungen des 25. deutschen Aerztetages in Eisenach, erstattet von Dr. Dirr; Cassenbericht und Rechnungsablage durch den Cassier; b) für die 2. Versammlung: Wahl der Delegirten für die oberbayerische Aerztekammer pro 1898; Ernennung von Ehrenmitgliedern; Bericht über die Verhandlungen des 26. deutschen Aerztetages in Wiesbaden

durch Dr. Dirr; Demonstration eines Röntgenapparates durch Dr. Krebs-Aibling; Neuaufnahme von Mitgliedern; c) für die 3. Versammlung: der Nürnberger Antrag auf Abänderung der ärztlichen Gebührentaxe (Referenten Dr. Burkart und Dr. Lutz); Diagnose und Therapie des Gebärmuttercarcinoms — Vortrag des Herrn Professors Dr. Stumpf in München.

Dr. Oberprieler: Freising-Moosburg 14 Mitglieder. Vorsitzender: kgl. Bezirksarzt Dr. Auer; Schriftführer: Dr. Buck, beide in Freising. Es haben 3 Versammlungen stattgefunden, in welchen Vereinsangelegenheiten und Standesfragen besprochen wurden, insbesondere wurde die Festsetzung einer Ortsminimaltaxe und einer solchen für die ärztliche Praxis in der Umgebung berathen.

Dr. Grasmann: Ingolstadt-Pfaffenhofen 16 Mitglieder. Vorsitzender: Bezirksarzt Dr Grasmann; Schriftführer: Dr. Decrignis, prakt. und Bahnarzt, beide in Pfaffenhofen. Es fanden 2 Versammlungen statt, im Mai und im August, in welchen Vereinsangelegenheiten besprochen wurden.

Dr. Theobald Weiss: Mühldorf-Neuötting 21 Mitglieder. Vorsitzender und Schriftführer: Dr. Theobald Weiss in Neumarkt an der Rott: Cassier: Dr. Bernhuber in Altötting; der Verein hielt 2 Versammlungen ab, von welchen die erste in Mühldorf, die zweite in Altötting stattfand. Berathungsgegenstände bildeten die ärztlichen Standesfragen.

Dr. Max Emanuel Gruber: München 406 Mitglieder. Vorsitzender: k. Kreismedicinalrath Dr. F. E. Aub; Schriftführer: Dr. Max Emanuel Gruber, Gefängnissarzt; Schatzmeister: Dr. August Weiss, prakt. Arzt, sämmtliche in München.

Seit der letzten Aerztekammer haben 6 Sitzungen stattgefunden, deren Tagesordnung die Frage der freien Arztwahl bei der Ortskrankencasse III in München, bezw. die Bildung einer Abtheilung des ärztlichen Bezirksvereins München für freie Arztwahl, ausserdem die Berathungsgegenstände des 26. deutschen Aerztetages, endlich in 2 Sitzungen den Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns und den Entwurf einer Gebührenordnung für Dienstleistungen der approbirten Aerzte in der Privatpraxis betrafen. Ausserdem fand ein Vortrag über «Arzt und Rechtsprechung bei der Unfallversicherung» (Privatdocent Dr. Sittmann) statt.

In der Sitzung vom 11. December 1897 wurde die schon erwähnte Bildung einer «Abtheilung des ärztlichen Bezirksvereins München für freie Arztwahl» einstimmig beschlossen und in der Sitzung vom 21. Januar 1898 die Statuten dieser Abtheilung berathen und genehmigt. Zweck der Abtheilung ist nach § 1 der Statuten die Einführung und Durchführung der freien Arztwahl bei den auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes in der Fassung der Novelle vom 10. April 1892 bestehenden Krankencassen Münchens. Die Commission über den Einfluss der Steilschrift auf die Körperhaltung und das Sehvermögen setzt ihre Thätigkeit fort. Die vom ärztlichen Bezirksverein geführte Morbiditätsstatistik wird unter Betheiligung von 476 Aerzten und Krankenanstalten nunmehr im 10. Jahre fortgesetzt.

Dr. Liegl: Traunstein-Reichenhall 46 Mitglieder. Vorsitzender: Hofrath Dr. Rapp, bezirksärztlicher Stellvertreter; Schriftführer Dr. Schöppner, prakt. Arzt, beide in Reichenhall. Im Jahre 1898 wurden 2 Sitzungen abgehalten, im Frühjahr in Freilassing und im Herbst in Reichenhall; in ersterer wurden ausser anderen Gegenständen eingehend die Entwürfe der ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung und in der Herbstversammlung der Entwurf einer neuen Medicinal-Taxordnung, vom Bezirksverein Nürnberg vorgelegt, durchberathen.

Dr. Giehrl: Wasserburg 14 Mitglieder. Vorsitzender: Dr. Giehrl, k. Bezirksarzt in Wasserburg; Schriftführer und Cassier: Dr. Julius Möller, prakt. Arzt in Rott a. Inn. Es wurden 2 Versammlungen abgehalten, in Wasserburg und in Gabersee, in welchen ärztliche Vereinsangelegenheiten besprochen wurden.

Dr. Angerer: Weilheim-Landsberg 31 Mitglieder. Vorsitzender: Medicinalrath Dr. Fellerer, k. Bezirksarzt; Schriftführer und Cassier: Dr. Angerer, beide in Weilheim. Es fanden 2 Versammlungen statt, im Frühjahr in Weilheim und im Herbst in Tutzing.

Im Anschluss an den Bericht der Delegirten constatirt der Vorsitzende, dass auch in diesem Jahre der Bezirksverein Erding sich in ruhender Activität befindet und einen Delegirten zu den Verhandlungen der Aerztekammer nicht abgesandt hat.

ad 5. Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns.

Der Vorsitzende: Die in den bayerischen Aerztekammern im Vorjahr gepflogenen Berathungen des Entwurfes einer Standesordnung haben in Bezug auf Gestaltung der staatlichen Organisation des ärztlichen Standes abweichende Anschauungen ergeben. Vollkommene Uebereinstimmung herrschte jedoch in dem Punkte, dass eine Standesordnung, wenn sie wirksam sein solle, auf alle Aerzte ausgedehnt werden müsse. Mit Rücksicht darauf, dass im erweiterten Obermedicinalausschuss die Frage einer Standesordnung demnächst zur Berathung und Beschlussfassung kommen wird, stellt Ihr ständiger Ausschuss im Anschluss an die am 9. October l. Js. gepflogenen Vorbesprechungen der Vorsitzenden der bayer. Aerztekammern hiemit den Antrag:

«Die oberbayerische Aerztekammer wolle sich noch einmal dahin aussprechen, dass die Stellung aller bayerischen Aerzte unter eine gemeinsame Standes- und Disciplinarordnung auf dem Wege der Gesetzgebung, das von allen Aerzten und Aerztekammern angestrebte Ziel sei.»

Diese Resolution wird ohne Discussion einstimmig angenommen.

Referent Dr. Rapp: Meine Herren! Wie Ihnen Allen bekannt, haben wir in der vorjährigen Aerztekammer den Entwurf einer ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung berathen, welcher von den Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern uns in Vorschlag gebracht war. Wir haben damals diesen Entwurf im Allgemeinen einstimmig angenommen und nur mit einigen Aenderungen der k. Staatsregierung in Vorlage gebracht, welche ja einen derartigen Entwurf von den Aerztekammern verlangt hatte. Um diesem Verlangen damals rechtzeitig entsprechen zu können und die für den ärztlichen Stand so wichtige Frage nicht wieder auf ein Jahr hinauszuschieben, konnte eine vorherige Berathung dieses Entwurfes in den Bezirksvereinen nicht mehr stattfinden und musste man sich auf die Aeusserungen der Delegirten der einzelnen Bezirksvereine beschränken.

Das Material zu diesem Entwurfe war übrigens schon früher zusammengestellt und wenigstens in den Grundzügen länger bekannt. Ueber die weitere Behandlung des der k. Regierung vorgelegten Entwurfes war man unter den Aerzten verschiedener Meinung; ein grosser Theil war der Ansicht, dass derselbe nun dem erweiterten Obermedicinalausschusse vorgelegt würde, während ein anderer Theil der Meinung war, dass der Entwurf vorher nochmals an die Bezirksvereine zur Berathung zurückgelangen müsse. Jedenfalls konnte man darauf rechnen, dass den Bezirksvereinen noch auf irgend eine Weise Gelegenheit gegeben werde, ihre Wünsche zu dem Entwurfe zur Geltung zu bringen, und von diesem Gesichtspunkte ausgehend wurde auch der Entwurf im Laufe dieses Jahres in einzelnen Bezirksvereinen, z. B. in dem Vereine, welchem ich angehöre, schon im verflossenen Frühjahr, durchberathen.

Der Ministerialerlass vom 7. October l. Js. nun spricht deutlich aus, dass der Entwurf noch in diesem Jahre dem erweiterten Obermedicinalausschusse vorgelegt werden wird, und regt zugleich die Aerztekammern an, die Bezirksvereine, welche sich mit diesem Gegenstande noch nicht befasst haben, hiezu zu veranlassen, damit ihre Auffassungen und Anträge durch die Delegirten der Aerztekammern noch zur Geltung gebracht werden können. Es ist also selbstverständlich, dass wir heute nochmals zu dem Entwurfe Stellung nehmen müssen, um von den einzelnen Delegirten zu hören, ob und welche Aenderungen sie von ihren Bezirksvereinen vorzuschlagen beauftragt sind, und uns auch über die Punkte zu berathen, welche in Folge der Brauser'schen Anregung von den Vorsitzenden der Aerztekammern zur Annahme uns empfohlen worden sind.

Es ist ja keine Frage, dass eine so tief in die ärztlichen Standesinteressen eingreifende Vorlage an die k. Staatsregierung reiflich und in allen ihren Theilen überlegt und durchberathen sein soll und dass immer wieder wirkliche und vermeintliche Verbesserungen einzelner Punkte sich werden finden lassen, aber eben so richtig ist, was auch schon vielfach ausgesprochen wurde, dass ein zu vieles Feilen und Kritisiren eines solchen Entwurfes gleichfalls seine Schattenseiten hat, dass man unmöglich allen Wünschen der einzelnen Aerzte und Vereine Rechnung tragen kann und dass man endlich durch ein zu langes Hinausziehen der Berathungen das Zustandekommen des seit vielen Jahren angestrebten Gesetzes über eine für alle bayerischen Aerzte giltige Standesordnung in Frage stellen kann.

Aus diesen Gründen möchte ich vorschlagen, dass zunächst die oberbayerische Aerztekammer sich dahin aussprechen wolle, dass dieselbe in dieser Frage bei ihrem vorjährigen Beschlusse stehen bleibt und den Entwurf im Allgemeinen wiederholt der k. Staatsregierung zur Annahme empfiehlt unter Anfügung der Aenderungen, welche sich als Resultat der heutigen Berathung ergeben werden.

Ich gestatte mir desshalb den Antrag, folgender Resolution zustimmen zu wollen:

«Die oberbayerische Aerztekammer spricht sich wiederholt im Allgemeinen für den im Vorjahre der k. Staatsregierung in Vorlage gebrachten Entwurf einer Standes- und Ehrengerichtsordnung aus, fügt jedoch einige Aenderungen an, welche auf Grund weiterer gepflogener Berathungen wünschenswerth erscheinen.»

Wird einstimmig angenommen.

Der Referent bringt nochmals den Entwurf mit den im Vorjahr beschlossenen Abänderungen zur Verlesung.

Der Vorsitzende eröffnet die Specialdiscussion.

A. Allgemeines.

Zu Ziffer 1*) beantragt Referent: Diese Ziffer soll folgenden Zusatz erhalten: «Das religiöse und politische Verhalten eines Arztes unterliegt nicht der Beurtheilung des Ehrengerichts.»

*) Der Entwurf ist im Hauptblatt, S. 1608, nochmals abgedruckt.

In der vorjährigen Berathung wurde diese Ziffer unbeanstandet gelassen, weil dieselbe ganz allgemein gehalten ist und man von den Worten «wie ausserhalb derselben» nicht die Wirkung befürchtete, dass das politische und religiöse Verhalten eines Arztes dadurch Gegenstand einer ehrengerichtlichen Untersuchung werden könnte. Nachdem jedoch diese Befürchtung wiederholt ausgesprochen und auch von preussischen Collegen behauptet wurde, dass durch obige Fassung deren Standpunkt gegenüber ihrer Regierung erschwert worden sei, beantrage ich den eben mitgetheilten Zusatz zu dieser Ziffer.

Dr. Wohlmuth beantragt in Vertretung des Beschlusses des ärztlichen Bezirksvereines München, in den Zusatz des Referenten nach dem Worte «religiöse» die Worte «sowie wissenschaftliche» einzusetzen.

Referent: In den beantragten Zusatz auch das wissenschaftliche Verhalten eines Arztes aufzunehmen, halte ich für zu weit gehend, da das wirklich wissenschaftliche Leben eines Arztes doch nie ein Ehrengericht beschäftigen kann und man nicht wegen seltener, vielleicht einmal vorkommender Fälle die Wirksamkeit einer Standesordnung einschränken soll; ich glaube, dass durch die erweiterte Fassung mehr Missverständnisse hervorgerufen werden können, als ohne dieselbe und muss desshalb bei der beantragten Fassung stehen bleiben.

Ziffer 1 wird in der Fassung des Referenten mit 11 gegen 6 Stimmen angenommen.

Ziffer 2 beantragt Dr. Wohlmuth in Vertretung des Beschlusses des ärztlichen Bezirksvereins München gänzlich zu streichen. Professor Dr. Moritz weist auf die Schwierigkeit hin, die dadurch entsteht, dass man entweder gewisse Richtungen der Medicin als wissenschaftlich anerkennen oder die Vertreter derselben von der Standesordnung ausschliessen muss. Der k. Regierungscommissär, Kreismedicinalrath Dr. Aub, ist der Meinung, dass die klarste Bestimmung die in dem Entwurf vorgeschlagene ist.

Referent: Die vorgebrachten Bedenken haben eine gewisse Berechtigung, allein wir müssen bedenken, dass wir als Aerzte, welche auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde stehen, diesen Entwurf der k. Regierung vorlegen und diesen unseren Standpunkt niemals verleugnen dürfen; ich möchte desshalb beantragen, diese Ziffer nicht zu streichen.

Der Antrag Wohlmuth wird mit 11 gegen 6 Stimmen abgelehnt.

Zu Ziffer 4 beantragt Referent die Worte «damit verbunden» zu streichen.

Wird einstimmig angenommen.

B. Specielles.

I. Die ärztliche Praxis.

Zu Ziffer 5 beantragt Professor Dr. Moritz nach dem Worte «darf» das Wort «nur» einzufügen. Referent ist damit einverstanden. Wird einstimmig genehmigt. In Ziffer 6 bleiben die Worte «ausgenommen zu akademischen Lehrzwecken», wie im Vorjahre beschlossen, gestrichen.

Ziffer 7 wird ohne Discussion einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 8 beantragt Referent die Fassung: «Wer sich als Specialist bezeichnet, soll anderweitige Praxis nicht betreiben.» Schon im vorigen Jahre und auch bei der Berathung der Prüfungsordnung haben namentlich die Voraussetzungen, unter denen ein Arzt sich Specialist nennen darf, lebhafte Discussionen hervorgerufen. Ich begrüsse desshalb die von den Vorsitzenden der Kammerausschüsse vorgeschlagene Fassung «wer sich als Specialist bezeichnet», als eine sehr glückliche und treffende, da hiermit die bei der früheren Fassung bestehenden Bedenken und Härten beseitigt werden. Wenn ein Arzt sich in einem Fache der Medicin besonderes Wissen, besondere Fertigkeiten angeeignet hat, so wird dieser namentlich an einem kleineren Orte bald bekannt werden, er wird in diesem Fache eine grössere Clientele bekommen und doch seine anderweitige Praxis dabei fortführen können.

Wenn aber ein Arzt sich als Specialist bezeichnet, d. h. als solcher sich dem Publicum ankündigt und dadurch den anderen Collegen gegenüber sich in Vortheil setzt, so ist es nur billig, dass diesen Collegen ein Aequivalent dadurch geboten wird, dass der Specialist anderweitige Praxis nicht betreibt. Fügen wir nun noch die Worte «in der Regel» dazu, so dürfte wirklich mit der beantragten Fassung allen billigen Anforderungen entsprochen sein.

Dr. Wohlmuth: Der ärztliche Bezirksverein München hat sich für Streichung der ganzen Ziffer 8 ausgesprochen, indess erscheint mir die Fassung des Referenten annehmbar. Professor Dr. Moritz äussert sich desgleichen. Die Fassung des Referenten wird einstimmig angenommen.

Ziffer 9 wird ohne Discussion einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 10 beantragt Referent nach dem Worte «Heilmitteln» einzusetzen die Worte: «sowie dessen geschäftsmässige Vermittlung». Wird einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 11 beantragt Referent die Worte «in jeglicher Form» zu streichen. Um Missverständnisse zu vermeiden, bleiben besser die Worte «in jeglicher Form» weg, da schliesslich doch in manchen Fällen Häuser, Anschaffungen von Instrumenten, Equipagen etc. bei Abtretung einer Praxis verkauft werden müssen. Wird einstimmig angenommen.

Ziffer 12 wird ohne Discussion angenommen.

Ziffer 13 wird einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 14 beantragt Referent die Fassung: «das leichtfertige Ausstellen von Zeugnissen, sowie das Ausstellen von Zeugnissen zu Reclamezwecken ist verboten.» Mit dem Wortlaute «das leichtfertige Ausstellen von Zeugnissen» dürfte den verschiedenen Anregungen in diesem Punkte Rechnung getragen sein. Wird einstimmig angenommen.

In Ziffer 15 beantragt Referent die Worte «und notorisch werthlose Reclamemittel» zu streichen. Die Streichung dieser Worte wurde von meinem Bezirksvereine angeregt, weil auch mit sehr vielen werthvollen und diätetischen und arzneilichen Mitteln Reclame getrieben wird und es manchmal zweifelhaft sein dürfte, was als notorisch werthlos zu bezeichnen ist oder nicht. Wird einstimmig angenommen.

Ziffer 16, 17, 18, 19 werden ohne Discussion einstimmig angenommen.

II. Verkehr mit den Patienten anderer Aerzte.

Zu Ziffer 20 beantragt Referent das Wort «abfällige» durch «herabsetzende» zu ersetzen. Einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 21 beantragt Dr. Wohlmuth in Vertretung des Beschlusses des ärztlichen Bezirksvereins München in Absatz 1 statt dem Worte «übernehmen» das Wort «behandeln» und in Absatz 2 den zweiten Satz zu streichen. Wird mit 12 gegen 4 Stimmen abgelehnt. Ziffer 21 des Entwurfes bleibt stehen.

Ziffer 22 wird ohne Discussion angenommen.

Zu Ziffer 23 beantragt Professor Dr. Moritz statt «behält der Hausarzt den Kranken» zu sagen: «übernimmt der Hausarzt die Behandlung.» Referent schliesst sich diesem Antrage an. Wird einstimmig angenommen.

Ziffer 24 bleibt in der Fassung der vorjährigen Aerztekammer stehen.

III. Consilien.

Zu Ziffer 25 beantragt Referent den Wortlaut, wie ihn die vorjährige Aerztekammer beschlossen hat, beizubehalten. Wird mit 11 gegen 6 Stimmen angenommen.

Ziffer 26 wird ohne Discussion einstimmig angenommen.

Zu Ziffer 27 beantragt Professor Dr. Moritz den zweiten und dritten Satz zu folgender Fassung zusammenzuziehen: «Ist der in das Consil gezogene allein, so kann er untersuchen, jedoch nur in dringenden Fällen ordiniren.» Wird mit Zustimmung des Referenten einstimmig angenommen.

Ziffer 28 und 29 werden ohne Discussion einstimmig angenommen.

Ziffer 30 beantragt Referent ganz zu streichen. Namens des Bezirksvereins München unterstützt Hofrath Dr. Brunner diesen Antrag, der einstimmig angenommen wird.

Ziffer 31 soll nach Antrag Dr. Brunner (Beschluss des Bezirksvereins München) gestrichen werden.

Referent ist für die Beibehaltuug der Ziffer. Dieselbe wird mit 13 gegen 4 Stimmen angenommen.

Ziffer 32, 33 ohne Discussion angenommen.

Ueber Ziffer 34 entsteht eine Discussion, an der sich Prof. Dr. Moritz, Dr. Oberprieler und der k. Regierungscommissär betheiligen; der letztere kann aus seiner Kenntniss der Entstehung des Entwurfes mittheilen, dass die Verfasser nach langer Ueberlegung die vorliegende Fassung für die einzig richtige gehalten haben.

Ziffer 34 wird hierauf einstimmig angenommen.

IV. Vom ärztlichen Honorar.

Zu Ziffer 35 beantragt Referent die Worte «für ihre Mitglieder» fallen zu lassen, weil die Ortstaxe auch für die Aerzte, welche eventuell nicht Mitglieder des Bezirksvereins sind, bindend sein soll. Wird angenommen.

Ziffer 36 wird in der Fassung der vorjährigen Aerztekammer einstimmig angenommen.

Ziffer 37 und 38 werden ohne Discussion angenommen.

Zu Ziffer 39 beantragt Referent statt der Worte «unter keinen Umständen» die Worte «in der Regel nicht» zu setzen.

Es gibt besondere Verhältnisse, unter denen der Arzt auch zahlungsfähige Kranke unentgeltlich zu behandeln sich veranlasst sieht. Der Antrag wird angenommen.

Ziffer 40, 41 ohne Discussion einstimmig angenommen.

V. Vertretung.

Statt der Ziffern 42, 43, 44 (Nummerirung der vorjährigen Aerztekammer) beantragt in Vertretung des Beschlusses des Bezirksvereins München Dr. Brunner die Fassung:

«Die Regelung der Vertretung der Aerzte unter sich und deren Honorirung wird dem gegenseitigen Uebereinkommen überlassen.

Referent: Die eben vorgeschlagene Fassung besagt meiner Ansicht nach zu wenig, und an Orten, in denen keine Vereinbarung getroffen, sind Anhaltspunkte, wie sie in den genannten Ziffern

enthalten sind, namentlich für jüngere Collegen sehr zu empfehlen; den Satz bezüglich der Respectirung der hausärztlichen Stellungen halte ich sogar für sehr werthvoll und möchte desshalb beantragen, dass die Ziffern 42 mit 44 unverändert stehen bleiben, da sie ganz in collegialem Sinne abgefasst sind.

Nachdem noch Professor Dr. Moritz für den Antrag Brunner und Dr. Oberprieler für die Fassung des Referenten gesprochen haben, werden die Ziffern 42 mit 44 mit 12 gegen 5 Stimmen angenommen.

Ziffer 45 (Nummerirung der vorjährigen Aerztekammer) beantragt Hofrath Dr. Brunner zu streichen. Professor Moritz ist für die Einsetzung der Worte «in der Regel». Referent nimmt letztere Anregung auf.

Ziffer 45 wird in dieser Fassung einstimmig angenommen.

ad. 6. Entwurf einer Ehrengerichtsordnung mit Disciplinarverfahren.

Referent Dr. Rapp: Von verschiedenen Seiten, auch von den Vorsitzenden der Kammerausschüsse wurde gewünscht, dass den Strafbestimmungen des vorjährigen Entwurfes der Ausschluss aus dem Verein, wenn irgend thunlich, hinzugefügt werde. Die Entscheidung dieser Frage hängt lediglich davon ab, in welcher Weise von der k. Staatsregierung die Stellung aller bayerischen Aerzte unter eine gemeinsame Standes- und Disciplinarordnung gesetzlich geregelt werden wird. Wird der Beitritt zu den Bezirksvereinen ein obligatorischer, so kann der Ausschluss aus dem Bezirksverein unmöglich unter die Strafbestimmungen aufgenommen werden, weil ja der Ausgeschlossene dann der Standes- und Disciplinarordnung völlig entrückt würde und unser Streben doch dahin geht, dass alle Aerzte unter der Standesordnung stehen.

Wird jedoch die Stellung aller Aerzte unter eine gemeinsame Standesordnung Gesetz ohne obligatorischen Beitritt zu den Bezirksvereinen, dann kann der Ausschluss aus dem Bezirksvereine unter die Strafbestimmungen aufgenommen werden. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend empfiehlt sich die Fassung «eventueller Ausschluss aus dem Bezirksverein», welche Strafbestimmung dann zwischen Ziffer 5 und 6 einzureihen wäre.

Die sämmtlichen Strafbestimmungen des Entwurfes mit der vom Referenten vorgeschlagenen Zusatzbestimmung des eventuellen Ausschlusses aus dem Bezirksverein werden einstimmig angenommen.

Ebenso einstimmig angenommen werden folgende Vorschläge des Referenten:

«Als erste Instanz gilt der Ehrenrath der einzelnen Bezirksvereine, dessen Zusammensetzung sich aus den Satzungen der Vereine ergibt.

Als zweite Berufsinstanz fungirt der Ehrengerichtshof der Aerztekammer gemäss § 7 der gemeinsamen Geschäftsordnung der bayerischen Aerztekammern mit der Bestimmung, dass die Aerztekammer ihren Vorsitzenden und drei zu wählende Mitglieder abordnet und das k. Staatsministerium des Innern den Vorsitzenden in der Person eines höheren juristischen Verwaltungsbeamten auf bestimmte Zeitdauer ernennt.»

ad 7. Antrag, betr. Ermächtigung der Aerztekammer zur Erhebung von Umlagen etc.

Referent Dr. Rapp stellt unter Hinweis auf seine in der vorjährigen Aerztekammer zu diesem Punkte gegebene Motivirung den Antrag, die Aerztekammer wolle wiederholt folgender Resolution ihre Zustimmung geben:

«Zur weiteren Entwicklung und Kräftigung der ärztlichen Standesorganisation in Bayern hält die Aerztekammer für nothwendig, dass den Aerztekammern die gesetzliche Ermächtigung zur Erhebung von Umlagen und zur Heranziehung der Aerzte zu gemeinnützigen Standeseinrichtungen ertheilt werde.»

Es findet eine kurze Discussion statt, in welcher Dr. Brunner den Beschluss des Bezirksvereins München vertritt und beantragt, statt der Worte «gemeinnützige Standeseinrichtungen» «ärztliche Wohlfahrtseinrichtungen» zu setzen.

Die Resolution in der Fassung des Referenten wird einstimmig angenommen.

ad 8. Revision der ärztlichen Gebührenordnung.

Referent Dr. Gruber: Im verflossenen Jahre wurde von den sämmtlichen bayerischen Aerztekammern mit Ausnahme der mittelfränkischen der gleichlautende Beschluss gefasst:

«an die k. Staatsregierung die Bitte zu richten, eine Revision der k. A. V., die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis vom 18. Dezember 1875 betreffend, vornehmen und hiebei auf eine volle Anlehnung an die preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen.»

Die k. Staatsregierung hat in dem Verbescheide auf die Verhandlungen der Aerztekammer diese Revision als wünschenswerth anerkannt und ausgesprochen, dass das Weitere in Bedacht gezogen werde. Ich habe im vorigen Jahre die Ehre gehabt, in dieser Frage unserer Aerztekammer Bericht zu erstatten und habe die preussische Taxe als zweckentsprechend, mustergiltig und nachahmenswerth für eine allenfallsige Revision erachtet, da sie vortreffliche Anhaltspunkte für dahingehende Erörterungen bietet und allen Verhältnissen und Forderungen der Neuzeit entspricht. Inzwischen ist von dem ärztlichen Bezirksverein Nürnberg ein von den dortigen Collegen Dr. M. Emmerich und Dr. A. Frankenburger ausgearbeiteter Gebührenordnungsentwurf vorgelegt worden, aus welchem hervorgeht, dass die preussische Taxe verbesserungsfähig und verbesserungsbedürftig ist. Der Entwurf sucht vielfach Anlehnung an die preussische Taxe, aber nicht volle; er hat Manches aus der sächsischen Gebührenordnung entnommen, in vielen Einzelheiten auch Selbständiges und Neues zu geben versucht.

Ich will versuchen, den Unterschied und die Vorzüge dieses ausserordentlich fleissig und bis in's kleinste Detail ausgearbeiteten Entwurfs der preussischen Taxe gegenüber Ihnen in Kürze vorzuführen, wobei ich mir selbstredend versagen muss, auf die einzelnen Tarifsätze einzugehen, und in dieser Beziehung auf den in der Münchener Medicinischen Wochenschrift Nr. 39 pag. 1262 ff. — Jahrgang 1898 abgedruckten Entwurf verweisen kann.

Sowohl die preussische Taxe als der Nürnberger Entwurf werden durch allgemeine Bestimmungen eingeleitet.

Während sich die preussische Taxe dabei auf nur 5 Paragraphen beschränkt, welche sich über die Anwendungsweise der Taxe beziehungsweise der Minimalsätze aussprechen, den grössten Theil der allgemeinen Bestimmungen dagegen in dem eigentlichen Gebührenverzeichnisse unter der Abtheilung «Allgemeine Verrichtungen» untergebracht hat, lehnt sich der Nürnberger Entwurf an die Eintheilung der bisherigen bayerischen Gebührenordnung an, indem er in einem grösseren allgemeinen Theile alle allgemeinen Bestimmungen vorausnimmt. Die Verfasser erachten dieses Verfahren als praktisch. In diesen allgemeinen Bestimmungen unterscheidet sich der Nürnberger Entwurf von der preussischen Taxe hauptsächlich in 2 Punkten. Während nach der preussischen Taxe die niedrigsten Gebührenansätze zur Anwendung zu gelangen haben, wenn nachweisbar Unbemittelte oder Armenverbände die Verpflichteten sind, oder wenn die Zahlung aus Staatsfonds, aus den Mitteln einer milden Stiftung, einer Knappschafts- oder Arbeiterkrankencasse zu leisten ist, schränkt der Nürnberger Entwurf die Anwendung der Minimalsätze nur auf die Fälle ein, in welchen Cassen des Staates und der Gemeinde die Zahlungspflicht haben.

Der zweite Unterschied in beiden Gebührenordnungen besteht in der im Nürnberger Entwurf höher angesetzten Vergütung für Zeitverlust, nämlich in einem Ansatz von 2—5 Mark für jede angefangene halbe Stunde gegen 1,50—3 Mark der preussischen Taxe und 3—5 Mark für die volle Stunde nach unserer derzeitigen Taxe. Den allgemeinen Bestimmungen schliesst sich im Nürnberger Entwurf in 5 Abtheilungen ein Verzeichniss der Gebührensätze für die verschiedensten ärztlichen Leistungen an. Diese 5 Abtheilungen des besonderen Theiles umfassen.

1. Gebühren für ärztliche Besuche und allgemeine Leistungen,
2. Gebühren für chirurgische Leistungen,
3. Gebühren für geburtshilfliche und gynäkologische Leistungen,
4. Gebühren für augenärztliche Leistungen,
5. Gebühren für Leistungen bei Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten.

Diese Eintheilung macht den Nürnberger Entwurf übersichtlicher, als die preussische Taxe, welche sich in zwei Abtheilungen gliedert:

A) Gebühren für allgemeine Verrichtungen,
B) Gebühren für besondere Verrichtungen

mit den Unterabtheilungen für

Wundärztliche Verrichtungen,
Augenärztliche Verrichtungen,
Geburtshilfliche und gynäkologische Verrichtungen.

Obwohl die Abtheilung I des Nürnberger Entwurfes Gebühren für ärztliche Besuche nur 37 Nummern gegenüber 43 Nummern der preussischen Taxe in der entsprechenden Abtheilung aufweist, so sind in ihm doch mehrere Gebührensätze enthalten, welche in letzterer fehlen.

So — für Durchleuchtung mittels Röntgenstrahlen, für Photographie desgleichen je nach der Grösse,
für Untersuchung zugänglicher Körperhöhlen mittels des Fingers,
für die Anwendung der Infiltrations-Anaesthesie,
für die Assistenz bei einer Leichenöffnung.

In beiden Gebührenordnungen fehlt ein Ansatz für Vornahme von bacteriologischen Untersuchungen und dürfte ein solcher entsprechend den Ansätzen für genaue mikroskopische oder chemische Untersuchung in der Höhe von 5—15 Mark einzusetzen sein; desgleichen darf in einer zeitgemässen Gebührenordnung wohl auch die Anwendung hypnotischer Behandlung einen Platz beanspruchen und erscheint dafür ein der Massage entsprechender Ansatz mit 2—20 Mark angemessen.

Der Gebührenansatz für die Vornahme einer Leichenöffnung beträgt nach unserer derzeitigen Taxe mit oder ohne Bericht 10—25 Mark, nach der preussischen 10—30 Mark, nach dem Nürnberger Entwurf 10—15 Mark; in beiden letzteren Gebührenordnungen ist noch eine besondere Gebühr in der Höhe von 3—10 Mark bezw. 5—20 Mark für einen schriftlichen Sectionsbericht vorgesehen. Gleichwohl erscheint mir der Minimalsatz mit 10 Mark für die Vornahme einer Leichenöffnung in Anbetracht des Umstandes, dass die sorgfältige Ausführung einer Section meist einen sehr be-

deutenden Zeitverlust beansprucht und dass den praktischen Arzt die Sectionsthätigkeit in mancher Beziehung in seiner sonstigen ärztlichen Thätigkeit (Geburtshilfe, Chirurgie) vorübergehend behindert, endlich auch mit Rücksicht auf die Abnützung der Sectionsinstrumente, zu gering und halte ich eine solche von 15 Mark für angemessen.

Ziffer II des Nürnberger Entwurfes — Gebühren für chirurgische Leistungen — enthält in ungemein detaillirter Ausführung 81 einzelne Gebührenansätze nur für chirurgische Leistungen, darunter noch 7 mit Unterabtheilungen gegenüber 44 Ansätzen der preussischen Taxe. Den chirurgischen Leistungen ist dabei von den kleinsten Eingriffen bis zu den grössten und schwierigsten Operationen Rechnung getragen. Bei der Behandlung von Wunden und Abscessen sind Grösse und Umfang berücksichtigt, bei Knochenbrüchen ist der complicirten besonders gedacht, Verbände jeder Art, orthopädische Maassnahmen, wie die unblutige Correctur difformer Glieder, Anfertigung eines Gyps- oder Filzcorsetts u. dergl., Anwendung des scharfen Löffels, des Thermokauters u. s. w. sind detaillirt vorgesehen.

Die in unserer derzeitigen Gebührenordnung mit nur 12 Nummern, in der preussischen Taxe mit 25 Nummern vorgesehenen Gebühren für ärztliche, bezw. geburtshilfliche und gynäkologische Verrichtungen sind in der Abtheilung III des Nürnberger Entwurfes «als Gebühren für geburtshilfliche und gynäkologische Leistungen» auf 39 Ansätze erweitert, wobei, wie ich schon im vorigen Jahre bei der preussischen Taxe erwähnen konnte, nicht nur den grossen specialistischen Operationen, sondern besonders auch der vom praktischen Arzte auszuführenden gynäkologischen Verrichtungen Rechnung getragen ist, z. B. Einlegen von Arzneistiften in die Gebärmutter, Ausspülung und Aetzung, Ausschabung und Tamponade dieser, Tamponade der Scheide, unblutige Erweiterung des Muttermundes oder Mutterhalses. In der Geburtshilfe sind auch im Nürnberger Entwurf die Schwierigkeiten der Operationen bei vorliegendem Mutterkuchen und der Zeitaufwand bei lang dauernden Entbindungen besonders berücksichtigt. Vollständig neu gegenüber der preussischen Taxe ist neben Anderem der Ansatz für gewaltsame Erweiterung des Muttermundes mit nachfolgender künstlicher Entbindung und für Rechtlagerung der nach rückwärts gebeugten schwangeren Gebärmutter.

Die Abtheilung V des Nürnberger Entwurfs zählt 25 Gebührenansätze für augenärztliche Leistungen gegenüber 21 Ansätzen der preussischen Taxe für augenärztliche Verrichtungen auf: dabei gibt sie, wie diese, bei der Entfernung von Fremdkörpern noch 4 Unterabtheilungen.

Erwähnenswerth erscheint der Ansatz einer Gebühr für Untersuchung der Sehkraft, oder auf Farbenblindheit, oder der Gesichtsfeldeinschränkung. Die in der preussischen Taxe enthaltenen Ansätze für Auswahl und Einsetzen eines künstlichen Auges und für Ansetzen des künstlichen Blutegels, dürfte im Nürnberger Entwurf noch Aufnahme finden. Unter Ziffer V endlich sieht der Nürnberger Entwurf in 18 Nummern Gebührenansätze für Leistungen bei Nasen- Rachen-, Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten vor, während in der preussischen Taxe die entsprechenden Ansätze zum Theile in der Abtheilung für wundärztliche Verrichtungen unter gebracht sind und in unserer derzeitigen Taxe sich diesbezügliche Dienstleistungen nur und manchmal schwierig unter die Ziffern B 16 oder B 20 subsumiren lassen.

Aus dieser kurzen vergleichenden Uebersicht dürfte hervorgehen, dass der von dem Bezirksverein Nürnberg vergelegte Gebührenordnungsentwurf auf eine möglichste Specialisirung und Vollständigkeit der für die Praxis wichtigen Einzelleistungen gesehen hat und reichlicher und detaillirter ausgearbeitet ist, als die preussische Taxe und dass, wenn einzelne ärztliche Dienstleistungen wirklich nicht darin aufgeführt sein sollten, sich solche leicht nach Maassgabe ähnlicher berechnen lassen, wie dies im § 16 der allgemeinen Bestimmungen auch geschehen ist.

Was die einzelnen Gebührenansätze betrifft, so sind sie fast durchgehends höher als unsere z. Zt. giltigen und zwar sowohl in den Mindest- wie Höchstsätzen, zum Theil auch höher als die Ansätze der preussischen Taxe, während diese mehrfach, wenigstens bei den Mindestansätzen unter unseren bisherigen Taxe stehen.

Gerade aber die Mindestansätze sind für die Mehrzahl der praktischen Aerzte von der grössten Bedeutung.

Ich halte dafür, dass die Nürnberger Collegen mit Recht von ihrem Entwurf sagen können, dass die Gebührensätze nach billigem Ermessen gewählt sind, dass die Ansätze der Mindesttaxen für beide Theile, Patient und Arzt annehmbar erscheinen, während bei den Höchstsätzen als Grundsatz gilt, dem Arzt bei wohlsituirten Patienten eine seiner Mühewaltung entsprechende, wenn auch nicht exorbitante Entlohnung zu schaffen. Es fällt mir desshalb nicht schwer, die in meinem vorjährigen Referate ausgesprochene Anschauung, dass die preussische Taxe als mustergiltig und nachahmenswerth zu erachten sei, dahin zu ändern, dass ich heute den von dem ärztlichen Bezirksverein Nürnberg vorgelegten Gebührenordnungsentwurf als besser und zweckentsprechender bezeichne und gestatte mir in Folge dessen, den heute hier versammelten Collegen den Antrag zu unterbreiten:

«Die oberbayerische Aerztekammer wolle anerkennen, dass der vom ärztlichen Bezirksverein Nürnberg vorgelegte Entwurf einer Gebührenordnung für die Dienstleistungen der approbirten Aerzte in der Privatpraxis der preussischen Taxe gegenüber vielfache Verbesserungen zeigt und wolle desshalb an die k. Staatsregierung die Bitte richten, bei einer Revision der Gebührenordnung auch diesen Entwurf mit den von mir vorgeschlagenen Ergänzungen mit in Erwägung ziehen zu wollen.»

Der Vorsitzende eröffnet die Discussion.

Dr. Burkart stellt die Frage, ob es für diesmal bei einer principiellen allgemeinen Annahme des Entwurfes bleiben soll und ob eine detaillirte Berathung für später vorbehalten sei.

Dr. Rapp ist der Meinung, dass heute auf eine Einzelberathung nicht eingegangen werden soll. Die Kammer ist damit einverstanden.

Der Antrag des Referenten wird ohne weitere Discussion einstimmig angenommen.

Referent Dr. Gruber: Im Anschluss an die Revision der ärztlichen Gebührenordnung in der Privatpraxis und aus denselben Gründen bedarf aber auch die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte vom 20. Dezember 1875 einer Revision und Ergänzung, da auch deren Bestimmungen weder mehr ganz zeitgemäss, noch vollständig sind.

Ich stelle deshalb den Antrag:

«Die oberbayerische Aerztekammer wolle an die k. Staatsregierung die Bitte richten, auch eine Revision und Ergänzung der Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte vom 20. Dezember 1875 vornehmen zu wollen.»

Der Antrag des Referenten wird ohne Discussion einstimmig angenommen.

ad 9. Bericht des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschuss.

Kreismedicinalrath Dr. Aub: Die Sitzung des erweiterten Obermedicinalausschusses hat am 20. Dezember 1897 stattgefunden. Gegenstand der Berathung waren gewerbehygienische Vorschriften. Eine Veröffentlichung des Protokolls der Verhandlungen hat nicht stattgefunden.

Wohl in Folge dieser Berathungen des erweiterten Obermedicinalausschusses ist eine Entschliessung des k. Staatsministeriums des Innern ergangen im Betreff des Vollzugs des § 120a der Gewerbeordnung, in welcher auch unter Anderem ausgesprochen ist:

«In allen Fällen, in welchen hygienische Fragen in Betracht kommen, sind die Amtsärzte einzuvernehmen und empfiehlt sich insbesondere hiebei ein unmittelbarer Verkehr zwischen diesen und den Gewerbeaufsichtsbeamten.»

ad 10. Wahl des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschuss und seines Stellvertreters für das kommende Jahr.

Der Vorsitzende schlägt vor, den bisherigen Vertreter der Aerztekammer, Herrn Kreismedicinalrath Dr. Aub per Acclamation zu wählen. (Lebhafte Zustimmung.)

Der k. Regierungscommissär Kreismedicinalrath Dr. Aub: Ich halte mich jetzt schon für verpflichtet, dem Herrn Vorsitzenden und Ihnen Allen den herzlichsten Dank auszudrücken und möchte beifügen, dass ich es für eine doppelte Ehre gegenüber der bisherigen erachten werde, wenn sie mich trotz meiner veränderten Stellung als Delegirten aufstellen. Es steht fest, dass einer solchen Delegation irgend welche Bestimmung nicht im Wege steht und es ist auch ein ähnlicher Fall im Jahre 1892 in der mittelfränkischen Aerztekammer vorgekommen; ich kann es also acceptiren. Ich weiss aber nicht, ob es formell nicht doch richtiger ist, die Wahl durch Stimmzettel vorzunehmen; es wäre mir wenigstens eine grössere Beruhigung, als wenn Sie mir diese Ehre durch Acclamation anbieten. Es wird die Wahl durch Stimmzettel vorgenommen.

Kreismedicinalrath Dr. Aub wird einstimmig als Delegirter gewählt.

Kreismedicinalrath Dr. Aub: Meinen aufrichtigsten Dank für diesen neuen Beweis Ihres mich so hoch ehrenden Vertrauens.

Als Stellvertreter des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschuss wird Hofrath Dr. Rapp per Acclamation gewählt. Derselbe nimmt die Wahl dankend an.

ad 11. Wahl der Commission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation.

Gewählt werden auf Antrag Dr. Brunner durch Acclamation Dr. Schnizlein, Dr. Burkart, Dr. Grasmann, Dr. Gröber, Dr. Wohlmuth, Dr. August Weiss, welche sämmtlich die Wahl annehmen.

ad 12 Wahl der Commission für Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der k. A.V. vom 15. Juli 1895.

Gewählt werden auf Vorschlag des Dr. Brunner durch Acclamation Dr. Rapp, Professor Dr. Moritz, Dr. Gröber, Dr. Oberprieler; als Stellvertreter Dr. Dirr und Dr. Theobald Weiss, welche sämmtlich die Wahl annehmen.

ad 13. Wahl eines Kreiscassiers für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger invalider Aerzte in Bayern.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden wird Dr. August Weiss durch Acclamation gewählt. Derselbe erklärt die Annahme der Wahl.

Der Vorsitzende wirft einen kurzen Rückblick auf die Verhandlungen und spricht sodann Namens der Kammer dem k. Regierungscommissär für seine rege Theilnahme an den Berathungen und für die thatkräftige Unterstützung derselben den

herzlichsten Dank aus. (Die Kammer erhebt sich auf seinen Antrag zum Zeichen des Dankes von den Sitzen.)

Der k. Regierungscommissär Kreismedicinalrath Dr. Aub: Ich danke Ihnen und besonders Ihrem Herrn Vorsitzenden für die mir gewordene Kundgebung. Es ist in diesem Jahre, abweichend von dem bisherigen Gebrauche der Aerztekammer ein Sanitätsbericht von Seite des Medicinalreferenten der k. Kreisregierung nicht vorgelegt worden; eine Bestimmung hiefür liegt nicht mehr vor, auch bin ich während des laufenden Kalenderjahres eingetreten und könnte also nicht über ein volles Jahr berichten. Ich spreche Ihnen am Schluss Ihrer Berathungen die Anerkennung aus, dass die oberbayerische Aerztekammer sich auch in diesem Jahre auf der Höhe ihrer Aufgabe gezeigt hat, und dass die Berathungsgegenstände eine den Interessen der Gesammtheit entsprechende Lösung gefunden haben. Ich bin fest überzeugt, dass bei der weiteren Berathung dieser Gegenstände im erweiterten Obermedicinalausschuss die Meinungsäusserungen der oberbayerischen Aerztekammer nicht ohne Gewicht bleiben werden, und es wird dann auch demjenigen, welcher die Kammer zu vertreten hat, gelingen, nicht nur der Majorität, sondern auch der Minorität geeignete Berücksichtigung zu verschaffen.

Dr. Gröber-Aichach spricht Namens der Delegirten dem Vorsitzenden Dr. Schnizlein für die Leitung der Verhandlungen herzlichen Dank aus.

Der Vorsitzende dankt für diese Anerkennung und schliesst die Sitzung um 12¼ Uhr.

I. Vorsitzender:	Schriftführer:
Dr. Schnizlein	Dr. August Weiss.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Niederbayern.

Landshut, den 31. Oktober 1898.

I Anwesende: Der kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Herrmann als kgl. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: Bezirksverein Deggendorf: Dr. Link, Director der Kreis-Irrenanstalt. Bezirksverein Dingolfing-Landau a. Isar: Dr. Ertl, kgl. Bezirksarzt in Landau a. Isar. Bezirksverein Landshut: Hofrath Dr. Franz Wein in Landshut. Bezirksverein Passau: Dr. Schmid, kgl. Bezirksarzt und Dr. Erhard, prakt. Arzt und Krankenhausarzt, beide in Passau. Bezirksverein Pfarrkirchen: Dr. Leopolder, kgl. Bezirksarzt in Eggenfelden. Bezirksverein Rottenburg-Kehlheim: Dr. Mayr, kgl. Bezirksarzt in Rottenburg. Bezirksverein Straubing: Dr. Egger, k Landgerichtsarzt in Straubing. Bezirksverein Vilsbiburg: Dr. Greiner, kgl. Bezirksarzt in Vilsbiburg.

Der kgl. Regierungscommissär Herr Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Herrmann begrüsste die Delegirten, Herr Dr. Erhard-Passau leitete als Alterspräsident die Wahl des Bureaus.

II. Es wurden gewählt:
zum Vorsitzenden: Dr. Schmid-Passau,
zu dessen Stellvertreter: Dr. Leopolder-Eggenfelden,
zum Schriftführer: Dr. Wein-Landshut.

Die Gewählten erklärten die Wahl anzunehmen.

Dr. Schmid-Passau übernimmt nun den Vorsitz, begrüsst den Herrn Regierungscommissär im Namen der Kammer und bittet um Beistand und Förderung in den Berathungen, dankt dem Alterspräsidenten für seine Mühewaltungen und gibt die Veränderungen bekannt, welche in der Zusammensetzung der Kammer gegen das Vorjahr eingetreten sind; nämlich, ausgeschieden sind: Dr. Burgl-Passau durch seine Ernennung zum kgl. Landgerichtsarzt in Nürnberg und Dr. Tischler durch seine Ernennung zum k. Bezirksarzte in Wegscheid. Für ersteren ist eingetreten Dr. Erhard-Passau, für letzteren Dr. Greiner-Vilsbiburg. Wieder eingetreten sind: Dr. Egger-Straubing, der im verflossenen Jahre durch Dr. Appel vertreten war, und Dr. Mayr-Rottenburg, der für den erkrankten Dr. v. Stockar-Ergoldsbach anwesend ist. Der Vorsitzende drückt im Namen der Kammer den Wunsch aus, es möge sich Dr. v. Stockar bald von seinem Leiden erholen.

III Der kgl. Regierungscommissär Herr Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Herrmann gab die Verbescheidung des kgl Staatsministeriums des Innern betreffs der Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1897 bekannt.

Der Vorsitzende bringt einige geschäftliche Mittheilungen von untergeordneter Bedeutung. Der ärztliche Bezirksverein Deggendorf stellt den Antrag, bei Untersuchungen in Unfallsachen der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft als Taxe für das erste Gutachten fünf Mark, für alle weiteren Gutachten je drei Mark festzusetzen, wie dies in Oberbayern üblich ist.

Die Kammer schliesst sich einstimmig diesem Antrage an.

Der ärztliche Bezirksverein Vilsbiburg stellt den Antrag, es sei an die hohe königliche Regierung die Bitte zu richten, den Amtsärzten, conform allen anderen Staatsbeamten, für auswärtige Dienstgeschäfte Diäten zu gewähren. Dieser Antrag wird einstimmig angenommen.

Der ärztliche Bezirksverein Passau stellt den Antrag, es sei an die hohe königliche Regierung die Bitte zu richten, durch Erlass von Prohibitivmaassregeln Schwangere, Kreissende und Wöchnerinnen von der möglichen Infectionsgefahr durch kranke Hebammen zu schützen. Die Kammer geht über diesen Antrag mit Bezugnahme auf die Dienstesanweisungen der Hebammen vom Jahre 1891 § 21 Absatz 3 zur Tagesordnung über.

Der ärztliche Bezirksverein Pfarrkirchen stellt den Antrag, es möchten die ärztlichen Gutachten in Invalidenrentensachen in Zukunft von der Versicherungsanstalt und nicht mehr vom Antragsteller getragen werden.

Dieser Antrag wird einstimmig angenommen.

In den Einlauf der Kammer gelangte ein Schreiben, das die kgl. Regierung von Niederbayern dem Vorsitzenden des ständigen Ausschusses zu weiterer Veranlassung hatte zugehen lassen. Das Schreiben hatte den Inhalt, es wolle die Kammer einen bestimmten Beschluss eines niederbayerischen ärztlichen Bezirksvereins annulliren

Die Kammer beschliesst: Die Behandlung dieses Antrages ist formell unzulässig, weil der Beschwerdetermin, über welchen der Beschwerdeführer seinerzeit schriftlich aufgeklärt wurde, längst abgelaufen ist.

Dieser Beschluss wird dem Beschwerdeführer mitgetheilt.

Der Delegirte zum erweiterten Obermedicinalausschusse Dr. Schmid-Passau machte Mittheilungen über die Sitzung des genannten Ausschusses vom December 1897 in Ergänzung des diesbezüglichen Protokolls; ebenso berichtete derselbe über seine Erfahrungen und Eindrücke vom deutschen Aerztetage, welcher am 28. und 29. Juni l. J. in Wiesbaden abgehalten wurde.

IV. Das Cassawesen besorgte Herr Bezirksarzt Dr. Leopolder-Eggenfelden; die Einnahmen und Ausgaben bilanciren mit 229 M. Herr Dr. Leopolder hat auch für das nächste Jahr die Besorgung des Cassawesens freundlichst übernommen.

V. Die hierauf erfolgten Erhebungen des Standes der einzelnen Vereine ergeben Folgendes:

1. Der Bezirksverein Deggendorf zählt 19 Mitglieder und hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand ist Medicinalrath Dr. Rauscher.
2. Der Bezirksverein Dingolfing-Landau zählt 10 Mitglieder, hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand ist Medicinalrath Dr. Höglauer.
3. Der Bezirksverein Landshut zählt 17 Mitglieder und hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand ist Bezirksarzt Dr. Reiter.
4. Der Bezirksverein Passau zählt 40 Mitglieder und hielt 2 Sitzungen ab, Vorstand ist Bezirksarzt Dr. Schmid.
5. Der Bezirksverein Pfarrkirchen-Eggenfelden zählt 16 Mitglieder und hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand ist Bezirksarzt Dr. Leopolder.
6. Der Bezirksverein Rottenburg-Kehlheim zählt 20 Mitglieder und hielt 3 Sitzungen ab, Vorstand ist Bezirksarzt Dr. Mayr.
7. Der Bezirksverein Straubing zählt 17 Mitglieder und hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand ist Landgerichtsarzt Dr. Egger.
8. Der Bezirksverein Vilsbiburg zählt 8 Mitglieder, und hielt 2 Versammlungen ab, Vorstand ist Bezirksarzt Dr. Greiner.

VI. Als Delegirter zum erweiterten Obermedicinalausschusse wurde Dr. Schmid-Passau und als dessen Stellvertreter Dr. Leopolder-Eggenfelden gewählt.

VII. Bei der Wahl der Commission zur Aberkennung der Approbation und Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der kgl. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 wurden bestimmt:

Der Vorsitzende und Schriftführer der Kammer, event. der Stellvertreter des Vorsitzenden und als Stellvertreter des Schriftführers Director Dr. Link und ausserdem Dr. Egger und Dr. Ertl.

VIII. Die Kammer trat nun in die Berathung der Sätze ein, auf welche sich die am 9. October 1898 in Nürnberg versammelt gewesenen Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern geeinigt hatten, und zwar erstens:

Die Kammer spricht sich mit Einstimmigkeit dahin aus, dass die Stellung aller bayerischen Aerzte unter einer gemeinsamen Standes- und Disciplinarordnung auf dem Wege der Gesetzgebung das angestrebte Ziel ist.

Zweitens, dass zu Ziffer 1 an geeigneter Stelle hinzugesetzt werde, dass das religiöse und politische Verhalten eines Arztes nicht Gegenstand einer ehrengerichtlichen Untersuchung sein kann. Ziffer 2 möge als unerlässlich und selbstverständlich stehen bleiben. Zu Ziffer 8 wird beantragt, den Nachsatz «Specialisten sollen anderweitige Praxis nicht betreiben» zu streichen. Ziffer 11 möge der Ehre des Standes halber stehen bleiben. Ziffer 25 und 34 sollen ebenfalls stehen bleiben. Den Strafbestimmungen wolle der Ausschluss aus dem Vereine hinzugefügt werden.

Drittens: Dem Entwurfe einer Gebührenordnung für die Dienstleistungen der approbirten Aerzte in der Privatpraxis, im Auftrage des Bezirksvereins Nürnberg zusammengestellt von Dr. Emmerich und Dr. Frankenburger wurde die Anerkennung für die sorgfältige Ausarbeitung ausgesprochen.

Nicht einverstanden ist die Kammer damit, dass in dem Entwurfe einige Mindestsätze niedriger angenommen sind als das in der bisher geltenden bayerischen Gebührenordnung der Fall ist.

Bei Besprechung dieses Entwurfes wurden nachfolgende Anträge gestellt und von der Kammer angenommen:

Zu § 6 der allgemeinen Bestimmungen wird beantragt, die Tag- und Nachtzeit von 7 Uhr bis 7 Uhr anzunehmen.

Zu § 14 der allgemeinen Bestimmungen wurde der Antrag angenommen, es wolle für jede derartige Hilfeleistung der volle Betrag berechnet werden.

Bezüglich I des Entwurfes: «Gebühren für ärztliche Besuche und allgemeine Leistungen» wurden nachfolgende Abänderungsanträge eingebracht und angenommen:

1. Zu Ziffer 15 wird eine Erhöhung des niedersten Satzes von 1 auf 2 Mark beantragt.
2. Zu Ziffer 16 wird 5 Mark als Mindestsatz proponirt.
3. Zu Ziffer 23 wird 15 Mark als Mindestsatz angenommen.
4. Zu Ziffer 24 wird als Mindestsatz 10 Mark angenommen.

Bezüglich II: «Gebühren für chirurgische Leistungen» wird beantragt:

1. Ziffer 4 erscheint zu niedrig und wird für Anwendung des Thermokauters oder der Galvanokaustik als Mindestsatz 10 Mark angenommen.
2. Bei Ziffer 18a) soll statt 10—30 Mark 15—30 Mark gesetzt werden.
3. Zu Ziffer 30 wird beantragt, dass die Gebühren bei a und b in gleicher Höhe angesetzt werden.
4. Zu Ziffer 67 wird beantragt, 15 Mark als Mindestsatz zu nehmen.
5. Zu Ziffer 69 wird eine Erhöhung des Mindestsatzes auf 3 Mark beantragt.

Bezüglich III: «Gebühren für geburtshilfliche und gynäkologische Leistungen» wird die Erhöhung beantragt für Ziffer 1 von 3 bis 10 Mark, für Ziffer 10 von 15 bis 50 Mark und für Ziffer 17b von 15 bis 50 Mark.

Schliesslich stellt die Aerztekammer an die kgl. Staatsregierung die Bitte, dass im Anschluss an eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung in der Privatpraxis auch die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte einer Revision und Ergänzung unterzogen werde, da deren Bestimmungen weder mehr zeitgemäss noch vollständig sind.

Der Vorsitzende drückt dem Herrn Regierungscommissär den Dank aus für die fördernden Anregungen in den Berathungen, der Alterspräsident dankt dem Herrn Vorsitzenden für die umsichtige Leitung der Verhandlungeu.

I. Vorsitzender: Dr. Schmid. Schriftführer: Dr. Wein.

Protokoll der Sitzung der Pfälzischen Aerztekammer zu Speyer.

am 31. October 1898.

Anwesend sind: Der Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Karsch als kgl. Regierungscommissär. Als Delegirte: a) für den Bezirksverein Frankenthal: Hofrath Dr. Kaufmann, kgl. Bezirksarzt in Dürkheim, Dr. Zahn, kgl. Landgerichtsarzt in Kaiserslautern, Dr. Demuth, kgl. Landgerichtsarzt in Frankenthal; b) für den Bezirksverein Landau: Dr. Eduard Pauli, prakt. Arzt in Landau, Medicinalrath Dr. Karrer, Director der Kreisirrenanstalt in Klingenmünster, Dr. Schmitt prakt. Arzt in Herxheim; c) für den Bezirksverein Kaiserslautern; Dr. Kolb, kgl. Bezirksarzt in Kaiserslautern, Dr. Goldfuss, prakt. Arzt in Otterberg; d) für den Bezirksverein Zweibrücken: Medicinalrath Dr. Ullmann, kgl. Landgerichtsarzt in Zweibrücken, Dr. Ehrhardt, bezirksärztlicher Stellvertreter in St. Ingbert.

Vor der Sitzung machten die Delegirten unter Führung des kgl. Kreismedicinalrathes dem Herrn kgl. Regierungspräsidenten ihre Aufwartung, der sich mit ihnen über die Vorlagen zur Aerztekammer sowie über verschiedene hygienische Verhältnisse des Kreises, unterhielt.

Nach Eröffnung der Sitzung durch den bisherigen Vorsitzenden, Herrn Hofrath Dr. Kaufmann schritt man zunächst zu den Wahlen.

I.

Die Wahlen ergaben:

1. Vorsitzender: Hofrath Dr. Kaufmann;
2. Stellvertretender Vorsitzender: Medicinalrath Dr. Ullmann;
3. Schriftführer Landgerichtsarzt Dr. Demuth; Stellvertreter des Schriftführers: Landgerichtsarzt Dr. Zahn;
4. Delegirter zum Obermedicinalausschuss: Landgerichtsarzt Dr. Demuth; Stellvertreter des Delegirten: Hofrath Dr. Kaufmann;
5. Commission zur Aberkennung der Approbation: Kaufmann, Ullmann, Demuth, Pauli, Karrer;
6. Wahl der Commission im Sinne des § 12 der kgl. Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895, die Bildung von Aerztekammern und Bezirksvereinen betreffend: Die vorgenannten Herren und ausserdem noch Dr. Kolb;
7. Kreiscassier für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger invalider Aerzte in Bayern: Dr. Ullmann.

II.

Sodann macht der Vorsitzende Mittheilung von der Verbescheidung der Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1897, und gibt Kenntniss von einem Erlass des kgl. Staatsministeriums vom 7. October 1898; in demselben werden die kgl. Regierungen angewiesen, die Aerztekammern dahin zu verständigen, dass nicht die Absicht bestehe, den Entwurf einer Standesordnung nach seiner Berathung im Obermedicinalausschusse den Bezirksvereinen nochmals zur officiellen Berathung zugehen zu lassen, und dass es den Aerztekammern anheim gegeben sei, diejenigen Vereine, welche sich mit dem Gegenstand bisher noch nicht befasst und sich zu dem Entwurfe noch nicht geäussert haben, hierzu anzuregen, damit ihre Auffassungen und Anträge bei der in der zweiten Hälfte des December stattfindenden Berathung des erweiterten Obermedicinal ausschusses noch zur Erörterung und Würdigung gelangen können.

III.

Der Schriftführer gibt eine Statistik der Vereine. Der Verein der Pfälzischen Aerzte zählt zur Zeit 245 Mitglieder, und zwar der Bezirksverein Frankenthal 86, der Bezirksverein Landau 62, der Bezirksverein Kaiserslautern 48, der Bezirksverein Zweibrücken 49. Während des Jahres hielt der Verein der Pfälzischen Aerzte eine ordentliche und eine ausserordentliche Versammlung, die Bezirksvereine Frankenthal, Zweibrücken und Landau hielten je 2, der Bezirksverein Kaiserslautern 3 Versammlungen ab. Die Verhandlungen in den Versammlungen bewegten sich zum Theil auf wissenschaftlichem Gebiete; dann aber wurde in denselben der Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte des Königreichs Bayern in eingehender Weise besprochen.

IV.

Dr. Demuth referirt über den Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns.

Referent ergeht sich zunächst über die Vorgeschichte des Entwurfes und dessen weitere Behandlung in unseren Vereinen. Er glaube über letzteren Punkt hier etwas näher eingehen zu müssen gegenüber den von Einzelnen erhobenen und in die «Münchener medicinische Wochenschrift» übergegangenen Vorwürfen, dass diese für die Aerzte so wichtige Angelegenheit eine Brevi manu-Behandlung erfahren habe. Bei uns in der Pfalz habe es an Berathungen und dem Austausch der Meinungen über den Entwurf sicherlich nicht gefehlt. Nachdem schon einzelne Localvereine und fast alle Bezirksvereine einzeln zu demselben Stellung genommen hatten, seien in einer gemeinsamen Versammlung der 4 Bezirksvereine, in der ausserordentlichen Versammlung des Vereines Pfälzischer Aerzte am 1. Juni auf Grund vorzüglicher Referate der Collegen Kolb und Kaufmann eingehende Berathungen gepflogen worden; und wenn auch damals nicht in alle Einzelnheiten eingegangen werden konnte, nach unserer Anschauung auch nicht eingegangen zu werden brauchte, so wurde wenigstens in allen wichtigen Punkten, in denen noch Meinungsverschiedenheit obwaltete, eine volle Klärung und Einigung der Ansichten erzielt. Dies habe auch die am 12. October in Neustadt abgehaltene, zahlreich besuchte ordentliche Generalversammlung des Vereines der Pfälzischen Aerzte anerkannt; nachdem in derselben von Seiten des Herrn Kreismedicinalrathes der eben erschienene Erlass des k. Staatsministeriums bekannt gegeben wurde, dass nicht beabsichtigt sei, den Entwurf der Standesordnung nach seiner Berathung im Obermedicinalausschusse noch einmal zur officiellen Berathung an die Bezirksvereine hinaus zu geben, habe sich die Versammlung einstimmig dahin ausgesprochen, dass der Entwurf bei uns in allen wichtigen Punkten besprochen und klar gestellt sei, und dass eine weitere Versammlung zu diesem Zwecke nicht nothwendig sei.

Referent glaube demgemäss, heute in der Lage zu sein, bezüglich der Ansichten, die er entwickele, auf die Ansichten so ziemlich der Gesammtheit der Pfälzischen Aerzte sich stützen zu können. Derselbe wendet sich nun zuerst zu der fundamentalen Frage, in welcher gesetzlichen Form die Standesordnung für die Aerzte wirksam gemacht werden solle.

Das von allen Aerzten der Pfalz, ebenso wie von allen Aerzten Bayerns angestrebte Ziel sei die Stellung aller bayerischen Aerzte unter eine gemeinsame Standes- und Disciplinarordnung auf dem Wege der Gesetzgebung. In diesem Punkte, das dürfte man wohl sagen, bestehe nirgends in Bayern bei den Aerzten eine Meinungsverschiedenheit. Es bestehe aber auch überall der Wunsch, dass die Weiterentwickelung unserer Standesverhältnisse im Rahmen unserer bisherigen Organisation sich vollziehen möchte, und dass vor wie nach in den Bezirksvereinen der Schwerpunkt der zukünftigen Organisation läge. Vielfach sei nun geglaubt worden, dass dieser Weg nur begangen werden könne, wenn in Zukunft der Beitritt zu den Bezirksvereinen obligatorisch werde.

Was die Pfalz betrifft, so bestehe ja auch bei uns der Wunsch, dass die Bezirksvereine der Mittelpunkt der neuen Organisation sein möchten; aber man sei hier entschieden der Meinung, dass diese Organisation sich vollziehen solle und könne, ohne dass der Zwangsbeitritt zu den Bezirksvereinen statuirt werden müsste. Die

Erfahrung habe uns zur Genüge gezeigt, dass ein erfolgreiches Vereinsleben mit dem obligatorischen Beitritt sich nicht vereinen lasse, und schwer würden wir daher das so lange erstrebte, durch die allerhöchste Verordnung vom 9. Juli 1895 gewährte Recht vermissen, dass Denjenigen, welche des ärztlichen Standes sich unwürdig gezeigt haben und ein gedeihliches Zusammenwirken im Vereine nicht erwarten lassen, die Aufnahme verweigert oder der Ausschluss derselben beschlossen werden könne. Wir hielten es recht gut für möglich, dass die ausserhalb der Vereine stehenden Aerzte der Standesordnung und der Disciplin der Bezirksvereine unterstehen könnten in erster Instanz gerade so wie die Mitglieder der Bezirksvereine selbst, und mit diesen in 2. Instanz derjenigen der Aerztekammer. Es könnten ja die Mitglieder des Ehrenrathes eines Bezirkes, sowie die Aerztekammermitglieder, aus welchen die 2. Instanz des Ehrengerichtes zu bilden wären, von Jedem der im Bezirke wohnenden Aerzte schriftlich gewählt werden, so dass den ausserhalb der Vereine stehenden Aerzten ein Einfluss, wenn dies für nothwendig erachtet würde, auf die Zusammensetzung der Ehrengerichte gewahrt bliebe. Uebrigens dürfte es vielleicht nicht so unzulässig sein, dass auch ohne Zwangsbeitritt zu den Bezirksvereinen die Wahlen zur Aerztekammer und zum Ehrenrathe des Bezirkes nur von den Vereinsmitgliedern vorgenommen würden. Grosses Unrecht könnte dadurch nicht geschehen und die Stellung der Bezirksvereine würde dadurch wesentlich gestärkt. Bei uns in der Pfalz gehörten zur Zeit 245 Aerzte dem Vereine an und nicht allzuviele ständen ausserhalb. Die Aerzte werden es gewiss in Zukunft wie auch jetzt als eine Ehrensache betrachten, den Vereinen anzugehören, die ausserhalb Stehenden würden vereinzelt sein; dem, der in Zukunft ausserhalb des Vereines stehen wird, könnte man in diesem Falle sagen, Volenti non fiat injuria; dem, der nicht beitreten will, sofern er kann, geschähe gewiss kein Unrecht, wenn er so sich selbst des Rechtes zu den Wahlen begeben hat, und gehörte der Aussenstehende zu denen, die überhaupt nicht beitreten dürfen, so geschähe ihm vollends kein Unrecht. Es bestände bei uns die zuversichtliche Hoffnung, dass es möglich sei, auf einem der erörterten Wege die Verhältnisse ohne obligatorischen Beitritt zu ordnen; ginge es auf dem letzteren, so wäre nach Feststellung der Standesordnung auf dem Verordnungswege weiter Nichts nöthig, als ein Gesetz, das kurz besagt, dass alle Aerzte der festgestellten Standes- und Disciplinarordnung unterworfen seien; alles Uebrige könnte bleiben wie bisher und die Bezirksvereine behielten insbesondere ihre durch die allerhöchste Verordnung vom 9. Juli 1895 gewährten Rechte. Sollte aber ein solcher Modus nicht möglich sein, sollte die kgl. Staatsregierung sich auf den Standpunkt stellen müssen, dass der obligatorische Beitritt zu den Bezirksvereinen nicht zu umgehen sei, dann hielten wir in der Pfalz dafür, dass unter den in der Ehrengerichtsordnung aufgestellten Strafen noch eine weitere aufzunehmen sei, die besagt, zeitweiser oder dauernder Ausschluss aus dem Vereinsleben und dem collegialen Verkehr. Im Interesse eines geordneten und erspriesslichen Vereinslebens hielten wir dies durchaus für nothwendig.

Der preussische Modus, den Referent der Vollständigkeit halber erwähnt, nach welchem sämmtliche Aerzte, gleichviel, ob sie innerhalb oder ausserhalb der Vereine stehen, direct der Disciplin der Aerztekammern unterstehen, fände bei uns in der Pfalz keine Anhänger.

Die Aerztekammer sprach sich zu diesen Ausführungen des Referenten zustimmend aus.

Sodann bespricht Referent die wichtigsten der einzelnen Paragraphen der Standesordnung in dem Sinne, wie die Vereine der Pfalz zu denselben Stellung genommen haben und sprach zum Schlusse seine Meinung dahin aus, dass viele Punkte des Entwurfes zu sehr in untergeordnete Details sich verlieren und dass gar Manches nicht für das ganze Land passe, und so möchte der Wunsch und die Hoffnung ausgesprochen werden, dass nach gemeinsamer Feststellung der Hauptpunkte der Standesordnung für sämmtliche Aerzte Bayerns, die einzelnen Bezirksvereine, den Bedürfnissen ihrer Mitglieder und ihrer Gegend entsprechend, die untergeordneten Paragraphen sich selbst zurecht legen könnten, selbstverständlich mit Genehmigung der Abweichungen oder Zusätze durch das k. Staatsministerium.

Die Aerztekammer schloss sich diesem Wunsche an und nahm sodann den Entwurf der Standesordnung nach eingehender Discussion in folgender Weise an:

Ziffer 1 soll den Zusatz erhalten: «Das Verhalten in politischer und religiöser Beziehung soll einer ehrengerichtlichen Untersuchung nicht unterliegen.»

Ziffer 2 wird gestrichen.

Ziffer 6. Die Worte «ausgenommen zu akademischen Lehrzwecken» sollen gestrichen werden.

Ziffer 8 wird in der vom Bezirksverein Landau vorgeschlagenen Fassung angenommen: «Die Bezeichnung als Specialarzt kommt nur dem Arzte zu, der sich gründliche Ausbildung in dem betreffenden Specialfache erworben hat und sich vorwiegend mit demselben beschäftigt. Die missbräuchliche Bezeichnung als Specialist ist unstatthaft.»

Ziffer 11 soll anstatt «verboten» gesagt werden: «standesunwürdig».

Ziffer 21 wird in der vom Bezirksverein Landau vorgeschlagenen Fassung angenommen: «Kein Arzt soll, Nothfälle ausgenommen, einen Kranken, der bis dahin von einem anderen Arzte behandelt wurde, annehmen, es sei denn, dass der Kranke auf dem Wechsel besteht und den bisherigen Arzt in gehöriger Weise davon verständigt hätte. Der nachgerufene Arzt hat dem vorbehandelnden selbst ausserdem Mittheilung zu machen.

Berathungen im Hause des Arztes unterliegen dieser Beschränkung nicht, doch soll der in der Sprechstunde aufgesuchte Arzt sich jeder Kritik der bisherigen Behandlung enthalten.»

Ziffer 23 wird in der Weise abgeändert, dass im betreffenden Falle beim Fehlen eines Hausarztes der Kranke oder dessen Angehörige den Arzt wählen sollen, eventuell übernimmt der zuerst Erschienene die Behandlung.

Ziffer 24 soll nach dem Worte «stattfinden» den Zusatz erhalten: «dringende Fälle ausgenommen».

Ziffer 25 wird in der Fassung des Bezirksvereins Landau angenommen: «Als Consiliarius ist jeder Arzt zuzulassen, der die Fähigkeit besitzt, einem Bezirksverein anzugehören. Ausgeschlossen als Consiliarius ist jeder Arzt, der einem Bezirksvereine angehört hat und von demselben ausgeschlossen worden ist.

Die von einem Kranken oder dessen Angehörigen gewünschte Zuziehung eines zweiten Arztes als Consiliarius darf vom behandelnden Arzte nicht abgelehnt werden. Die Wahl des Consiliarius kann aber nur in Uebereinstimmung mit dem behandelnden Arzte erfolgen. In der Regel hat der behandelnde Arzt den als Consiliarius gewählten Arzt von der gewünschten Consultation zu benachrichtigen. Der zur Theilnahme an einem Consilium aufgeforderte Arzt ist zur Ablehnung berechtigt, zur Annahme jedoch nur dann, wenn er sich vergewissert hat, dass der behandelnde Arzt damit einverstanden «und» rechtzeitig benachrichtigt worden ist. Bei Consilien ist der Curplan durch gemeinschaftliche Berathung festzustellen, die weitere Behandlung aber dem behandelnden Arzte zu überlassen. Die Wiederholung der Zuziehung des Consiliarius ist nur nach Uebereinkunft mit dem behandelnden Arzte zulässig. Dasselbe gilt für weitere Krankenbesuche seitens des Consiliarius.»

Ziffer 30 soll gestrichen werden.

Ziffer 34 fällt weg, weil in Ziffer 25 enthalten.

Ziffer 35 soll heissen: «Für das ärztliche Honorar ist im Allgemeinen die officielle Taxe maassgebend. Wo unter den Aerzten eines Ortes oder eines Bezirkes locale Vereinbarungen über die Höhe desselben getroffen sind, bleiben diese für alle Betheiligten bindend; ebenso die Vereinbarungen gegenüber den Krankencassen.»

In Ziffer 38 soll der zweite Absatz: «Nachlässe am Honorar sollen nicht stillschweigend geschehen, sondern bei der Rechnungsstellung bemerkt werden», gestrichen werden.

In Ziffer 39 soll es statt «unter allen Umständen» heissen: «in der Regel nicht»: dazu wird ein Zusatz beschlossen: «und mindestens alljährlich Rechnung auszustellen».

Ziffer 43—45 soll in Wegfall kommen; dafür soll es heissen: «Die Regelung der Vertretung bleibt dem gegenseitigen Uebereinkommen überlassen.»

V.

Dr. Kaufmann referirt über den Entwurf einer neuen Gebührenordnung.

Seit der Gebührenordnung vom Jahre 1875 haben sich die Lebensbedingungen in einer Weise geändert, dass den gegebenen Verhältnissen entsprechend eine Normirung der Taxe zur unbedingten Nothwendigkeit geworden ist, auch haben sich seit dieser Zeit die specialistischen Fächer in Ausübung der Praxis in einer Weise entwickelt, die eine Taxirung der specialistischen Thätigkeit erheischt, welche in der Gebührenordnung vom Jahre 1875 noch nicht berücksichtigt werden konnte.

Die Bayerischen Aerztekammern haben im Jahre 1897 an die k. Staatsregierung die Bitte gerichtet, eine Revision der k. Allerhöchsten Verordnung, die Gebühren für die ärztlichen Dienstleistungen in der Privatpraxis betreffend, vornehmen und hiebei auf eine volle Anlehnung an die Preussische Taxordnung Bedacht nehmen zu wollen. Die k. Staatsregierung hat in der Verbescheidung vom 24. Juli l. J. sich dahin ausgesprochen, dass die Revision der Gebührenordnung als wünschenswerth anerkannt und das Weitere in Bedacht gezogen würde.

Indessen ist ein Entwurf im Auftrage des Bezirksvereins Nürnberg von den Herren W. Emmerich und Frankenburger ausgearbeitet und nach commissioneller Durchberathung angenommen worden. Der Entwurf sucht vielfach Anlehnung an die preussische Gebührenordnung, aber nicht volle; auch Manches wurde der sächsischen Gebührenordnung entnommen, in vielen Einzelheiten wurde auch Selbständiges und Neues geboten. Der Entwurf verdiene daher in seinem allgemeinen wie in seinem speciellen Theile unsere volle Beachtung, und er beantrage daher, die Aerztekammer möge beschliessen, es solle der Nürnberger Entwurf als Grundlage für die Revision der Gebührenordnung dem kgl. Staatsministerium übergeben werden.

Die Aerztekammer schloss sich diesem Antrage einstimmig an.

Referent führt dann weiterhin aus, dass auch die Taxordnung für ärztliche Amtsgeschäfte sehr einer Revision und Erweiterung bedürfe, da deren Bestimmungen weder mehr zeitgemäss noch auch vollständig seien. Er beantrage daher, es möge die

Aerztekammer an die kgl. Staatsregierung die Bitte stellen, dass im Anschluss an eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung in der Privatpraxis auch die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte einer Revision und Ergänzung unterzogen werden.

Buch diesem Antrage stimmt die Aerztekammer einstimmig zu.

VI.

Dr. Kaufmann bespricht die Ueberhandnahme der sogenannten Schrankdroguisten. Die von auswärtigen Firmen eingerichteten Schränke enthalten eine grosse Anzahl von zur Abgabe fertig verpackten Arzneimitteln, die zum freien Verkehr zugelassen sind; dabei befinde sich ein Büchlein mit alphabetischem Verzeichniss von Krankheiten, hinter welchen gleich eine Reihe von den vorhandenen Arzneimitteln als zur Anwendung geeignet empfohlen werden. Derartige Schränke wurden in jüngster Zeit vorwiegend bei Badern aufgestellt. Dem Kurpfuscherthum werde auf diese Weise grosser Vorschub geleistet. Er fragt, ob man den Badern dies nicht verbieten könne.

Der Herr Regierungscommissär bemerkt, dass man nach den bestehenden gesetzlichen Verordnungen hiergegen nicht viel machen könne. Allerdings könne man den Badern, wenn sie ihre durch die kgl. Allerhöchste Verordnung vom 9. November 1892 gezogenen Befugnisse übertreten, mit Approbationsentziehung drohen; aber was wolle man machen, wenn solche Schränke in einer Wirthschaft, in einer Postexpedition, oder bei einem Barbier aufgestellt würden. Es empfehle sich immerhin, dass die Aerzte hierauf stets ihr Augenmerk haben, und dass insbesondere die Bezirksärzte solche Schrankdroguisten nicht aus dem Auge lassen; bei der Revision fänden sich öfters andere Anstände, gegen die man dann einschreiten könne,

VII.

Auf Antrag Kolb's sprach sich die Aerztekammer einstimmig dahin aus, dass sie eine Bauordnung für die Pfalz und zwar nicht allein für die grösseren Städte, sondern auch für die kleineren Orte, sowie ganz besonders eine Ueberwachung der Miethswohnungen und des Schlafstättewesens aus hygienischen Gründen als unbedingt nothwendig erachte.

VIII.

Der Regierungscommissär Herr Kreismedicinalrath Dr. Karsch spricht sodann an der Hand der Jahresberichte über die sanitären Verhältnisse des Kreises im abgelaufenen Jahre.

Der Vorsizende dankt Namens der Aerztekammer dem Herrn Kreismedicinalrath für den belehrenden Vortrag, sowie für seine erspriessliche Theilnahme an den Verhandlungen.

Dr. Kaufmann, Vorsitzender. Dr. Demuth, Schriftführer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer der Oberpfalz und von Regensburg.

Regensburg, den 31. October 1898.

Anwesend: Der k. Regierungscommissär, Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Hofmann. Die Delegirten: Dr. Ochsenkühn, prakt. Arzt in Schwandorf als Stellvertreter für den Delegirten des ärztlichen Bezirksvereins Amberg, Medicinalrath Dr. Schmelcher; Dr. Klemz, prakt. Arzt in Nittenau, für den ärztlichen Bezirksverein der östlichen Oberpfalz; Dr. Thenn, k. Bezirksarzt in Beilngries, für den ärztlichen Bezirksverein der westlichen Oberpfalz; Dr. Brauser, k. Hofrath, Dr. Eser, prakt. Arzt und Dr. Fürnrohr, prakt. Arzt in Regensburg, für den ärztlichen Bezirksverein für Regensburg und Umgebung; Dr. Bredauer, k. Bezirksarzt in Neustadt a. W. und Dr. Reinhard, k. Hofrath in Weiden, für den ärztlichen Bezirksverein Weiden.

Nach der Begrüssung der Delegirten durch den k. Regierungscommissär hatten dieselben die Ehre, Seiner Excellenz dem Herrn Regierungspräsidenten Graf Fugger ihre Aufwartung machen zu dürfen. Seine Excellenz erkundigte sich theilnehmend nach den sanitären Verhältnissen der einzelnen Bezirke, besprach einschlägige Zustände des Kreises und machte schliesslich die Delegirten auf das in neuerer Zeit wieder in Aufschwung begriffene Ottobad bei Wiesau aufmerksam, dessen vorzügliche Quellen der Empfehlung der Aerzte um so mehr würdig seien, als auch die äusseren Verhältnisse desselben sich wesentlich gehoben hätten.

Unter dem Vorsitz des Alterspräsidenten wählte hierauf die Kammer auf Grund der Geschäftsordnung in vier schriftlichen Wahlgängen:

zum Vorsitzenden Dr. Brauser,
zu dessen Stellvertreter Dr. Reinhard,
zum Schriftführer Dr. Eser,
zu dessen Stellvertreter Dr. Fürnrohr,

welche dankend die Annahme der Wahl erklärten.

Dr. Brauser übernimmt den Vorsitz und erstattet zunächst den Rechenschaftsbericht über die Auslagen für die Aerztekammer im Jahre 1897/98 unter Vorlage der entsprechenden Belege. Die Auslagen beziffern sich auf M. 83.20, und beantragt der Rechnungssteller die Erhebung einer Umlage von 70 Pfennigen pro Kopf des Vereinsmitgliedes. Die Kammer genehmigt diesen Vorschlag und ertheilt dem Rechnungssteller die Anerkennung der Rechnung.

Die Allerhöchste Verbescheidung des k. Staatsministeriums des Innern vom 24. Juli 1897 gelangt zur Verlesung und wird an dieselbe eine Discussion nicht geknüpft.

Auf Einladung des Vorsitzenden erstatten die Delegirten Bericht über ihre Vereine, wie folgt:

1. Aerztlicher Bezirksverein Amberg. Referent Dr. Ochsenkühn. Derselbe zählt 19 Mitglieder, Vorsitzender Medicinalrath Dr. Schmelcher, Schriftführer und Cassier Dr. Nürbauer-Amberg. In 3 Vereinsversammlungen wurden Vereins- und Standesangelegenheiten besprochen, wissenschaftliche und praktische Erfahrungen ausgetauscht, operirte Fälle aus der Praxis demonstrirt und interessante Fälle mittels Röntgenstrahlen vorgeführt. In der letzten Vereinsversammlung wurden die Entwürfe der Standes- und Gebührenordnung besprochen.

2. Aerztlicher Bezirksverein der östlichen Oberpfalz. Referent Dr. Klemz. Der Verein zählte zu Beginn des Jahres 16 Mitglieder, verlor eines derselben, den k. Bezirksarzt Dr. Krauss-Waldmünchen durch den Tod. Vorsitzender ist Dr. Klemz-Nittenau, Schriftführer Dr. Mayr-Bodenwöhr, Cassier Dr. Bayerl-Cham. Von den 3 Versammlungen wurden 2 in Bodenwöhr, 1 in Cham abgehalten, waren aber wegen der ungünstigen Verkehrsverhältnisse schwach besucht. In der Frühjahrsversammlung wurde das 25jährige Bestehen des Vereins gefeiert, und gab der Vorsitzende einen Rückblick auf die Vereinsthätigkeit, welcher der Kammer vorliegt. Die beiden anderen Vereinsversammlungen beschäftigten sich mit den Zeitfragen, Standes- und Gebührenordnung und mit Mittheilung von Erfahrungen aus der Praxis.

3. Aerztlicher Bezirksverein der westlichen Oberpfalz. Referent Dr. Thenn. Zählt zur Zeit 15 Mitglieder. Vorsitzender Bezirksarzt Dr. Thenn-Beilngries, Schriftführer und Cassier Dr. Preuss-Pyrbaum. Neu eingetreten in den Verein ist der prakt. Arzt Dr. Oscar Weiser-Sulzbürg. Es wurden 3 Vereinsversammlungen abgehalten. In der 1. erstattetete der Vorsitzende einen ausführlichen Bericht über die Verhandlungen der oberpfälzischen Aerztekammer des Jahres 1897; in der 2. wurde der Entwurf einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns eingehend besprochen, und in der 3. über gewisse Punkte in der Aerzteordnung, sowie über den Nürnberger Entwurf einer neuen Gebührenordnung berathen. Ausserdem fanden noch verschiedene Mittheilungen über interessante Erkrankungsfälle statt, an welche sich meist rege Debatten anknüpften und wurden auch anderweitige wissenschaftliche Fragen erörtert.

4. Aerztlicher Bezirksverein für Regensburg und Umgebung. Referent Dr. Eser. Der Verein zählt gegenwärtig 56 Mitglieder. Vorsitzender ist Medicinalrath Dr. Hofmann, Schriftführer Dr. Lammert, Cassier Dr. Kohler. Es wurden 3 Vereinsversammlungen abgehalten, aus welchen neben zahlreichen Mittheilungen aus der Praxis erwähnenswerth sind: ein Vortrag des Herrn Medicinalrathes Dr. Hofmann über die Faecalieneinleitung in die Donau bei Regensburg, die Verhandlungen über die neue Standesordnung und die zu revidirende Gebührenordnung, die Vorführung eines grösseren Röntgenapparates durch Herrn Forchthammer.

5. Aerztlicher Bezirksverein Weiden. Referent Dr. Reinhard. Hat 27 Mitglieder. Vorsitzender Hofrath Dr. Reinhard, Schriftführer und Cassier Dr. Waller, prakt. Arzt in Weiden. Gestorben sind der Bezirksarzt Dr. Pröls-Nabburg und der prakt. Arzt Dr. Lerch-Floss, verzogen Dr. Daumenlang nach Erlangen, ausgetreten Dr. v. Schleiss. Versammlungen wurden 3 abgehalten, die 1. war von 8, die 2. von 16, die 3. von 10 Mitgliedern besucht. Wenn auch grössere Vorträge nicht gehalten wurden, so herrschte doch in den Vereinsversammlungen reges Leben durch Vorführung von Kranken, Berichterstattung über interessante Fälle, neuere therapeutische Leistungen und über Vereinsangelegenheiten. Das collegiale Zusammenleben ist ein sehr gutes.

Nachdem durch diese Berichte constatirt ist, dass 132 oberpfälzische Aerzte den ärztlichen Bezirksvereinen als Mitglieder angehören, berechnet sich bei einer Gesammtsumme von 149 Aerzten im Kreise ein Procentsatz von 88,6 zu Gunsten der Vereine, was immerhin eine erfreuliche Theilnahme am Vereinsleben bekundet.

Nachdem Vorlagen Seitens der k. Staatsregierung für die Aerztekammer nicht ergangen waren, geht die Kammer zur wiederholten Besprechung des Entwurfes einer neuen Standesordnung über.

Der Vorsitzende erinnert in einleitenden Worten an die vorjährigen Verhandlungen, in welchen der gesammte Wortlaut der Standesordnung in den einzelnen Paragraphen festgestellt worden war und recapitulirt die hiezu gefassten Beschlüsse. Der damals von den Aerztekammern der k. Staatsregierung vorgelegte Entwurf enthält noch in einigen Ziffern abweichende Anschauungen der einzelnen Kammern, und ist es Aufgabe der heutigen Kammern, diese Punkte einer wiederholten Berathung zu unterziehen, und auf Grund der in einer Vorbesprechung der Kammervorsitzenden zu Nürnberg vom 9. October l. Js. festgestellten Grundzüge con-

forme Beschlüsse zu erzielen, um so der k. Staatsregierung einen möglichst gleichlautenden Entwurf in Vorlage zu bringen. Die Bezirksvereine des Königreiches waren durch die Presse rechtzeitig von den noch differirenden Punkten in Kenntniss gesetzt worden und haben Zeit gehabt, über dieselben zu berathen und ihre Delegirten mit neuen Instructionen zu versehen, so dass die heutigen Kammerverhandlungen den Gegenstand endgiltig zum Abschluss bringen können, zumal als das k. Staatsministerium des Innern Anlass genommen hat, durch die k. Regierungen die Aerztekammern dahin zu verständigen, dass nach den Verhandlungen des erweiterten Obermedicinalausschusses eine weitere Beiziehung der Bezirksvereine in dieser Frage nicht mehr erfolgen wird.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen eröffnet der Vorsitzende eine allgemeine Discussion, an welcher sich sämmtliche Delegirte und in hervorragender Weise der k. Regierungscommissär betheiligten. Zum Schlusse der allgemeinen Discussion eignete sich die Kammer die in Nürnberg gefasste Resolution I an, lautend:

«Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass in Bezug auf den Beschluss im vergangenen Jahre in einzelnen Aerztekammern von einander abweichende Anschauungen zu Tage getreten sind, und mit Rücksicht auf die Thatsache, dass demnächst diese Angelegenheit im erweiterten Obermedicinalausschuss zur Berathung und Beschlussfassung kommen wird, ist es wünschenswerth, dass die Aerztekammern sich nochmal dahin aussprechen, dass die Stellung aller bayerischen Aerzte unter eine gemeinsame Standes- und Disciplinarordnung auf dem Wege der Gesetzgebung das von allen Aerzten und Aerztekammern angestrebte Ziel ist.»

Nachdem dieser Beschluss einstimmig angenommen, eröffnet der Vorsitzende die Specialdiscussion über die einzelnen Ziffern des Entwurfes, welche einer wiederholten Berathung zu unterziehen waren.

Ziffer 1 des Entwurfes wird in seiner bisherigen Fassung angenommen und hiezu der von Nürnberg vorgeschlagene Zusatz beschlossen:

«Religiöses und politisches Verhalten ausgenommen.»

Bei der Abstimmung über diesen Punkt haben die Delegirten der Vereine Amberg, östliche und westliche Oberpfalz und Weiden die unbedingte Zustimmung ihrer Vereine erklärt, der Bezirksverein Regensburg hat in seiner Vereinsversammlung vom 19. October l J. mit Mehrheit beschlossen, den Passus bezüglich des «ausserberuflichen Verhaltens» aus dieser Ziffer zu streichen. Auf Grund der eingehenden Discussion schlossen sich jedoch die drei Delegirten dieses Vereins dem obigen Beschlusse an, so dass derselbe einstimmig gefasst wurde.

Ziffer 2 wird mit allen gegen die Stimme des Bezirksvereins Weiden, wie im vorigen Jahre, zu streichen beschlossen.

Ziffer 8 wird folgendermaassen zu formuliren beschlossen:

«Die Bezeichnung Specialist ist ohne «entsprechende» Vorbildung unstatthaft.»

Der zweite Satz dieser Ziffer: «Specialisten sollen anderweitige Praxis nicht betreiben» wird wiederholt zu streichen beschlossen, einerseits, da besonders in kleinen Städten Specialisten zwar sehr wünschbar sind, aber ohne andere Praxis nicht existiren können, andrerseits, da uns die Berechtigung zu fehlen scheint, einem staatlich approbirten Arzte die Ausübung der ärztlichen Praxis theilweise zu verbieten.

Ziffer 11 möge der Ehre des Standes halber unverändert stehen bleiben.

Zu Ziffer 25 und 34 «Consilien» betr. beschliesst die Kammer, Ziffer 25 ganz zu streichen, Ziffer 34 jedoch anzunehmen mit dem Zusatz: «Nothfälle ausgenommen.»

Den Strafbestimmungen wolle analog den Nürnberger Beschlüssen als Nr. 6 «der Ausschluss aus dem Verein» beigesetzt werden. Dagegen wird beschlossen, Nr. 7 der Strafbestimmungen zu streichen, da die Aberkennung der ärztlichen Approbation vor einem ganz anderen Forum zu entscheiden ist.

Bezüglich des zweiten Punktes der Tagesordnung: Die Revision der Gebührenordnung für praktische Aerzte betr. verwies der Vorsitzende auf den vorjährigen Beschluss aller Aerztekammern, worin die k. Staatsregierung um Revision dieser Gebührenordnung mit Anlehnung an die neue preussische Taxordnung ersucht worden war. Mittlerweile haben sich die Nürnberger Collegen Dr. Emmerich und Dr. Frankenburger der dankenswerthen Mühe unterzogen, auf Grund der preussischen und einiger anderer schon bestehender Gebührenordnungen einen neuen Entwurf zu einer Gebührenordnung für die bayerischen Aerzte auszuarbeiten, welcher rechtzeitig allen Bezirksvereinen zur Berathung zugegangen ist.

Der Vorsitzende beantragt nunmehr, den allgemeinen Theil dieses Entwurfes einer Lesung zu unterwerfen, die einzelnen Taxsätze jedoch en bloc anzunehmen, nachdem einerseits eine nochmalige eingehende Prüfung derselben durch eine eigene Commission zu erwarten sei, andrerseits die Schlussverhandlung im erweiterten Obermedicinalausschuss doch erst im nächsten Jahre stattfinden werde.

Die Kammer erklärt sich mit dieser geschäftlichen Behandlung des Gegenstandes einverstanden, worauf der zweite Vorsitzende die Verlesung der einzelnen Paragraphen vornimmt.

Zu § 3 beschliesst die Kammer den Zusatz: «und Wohlthätigkeitsanstalten» zu beantragen, um auch die Krankencassen mit diesem Wortlaute zu treffen.

In § 9 wird beantragt, vor dem Satze: «M. 1.50» das Wort «je» einzuschalten, um diese Vergütung für Zu- und Abgang festzustellen.

§ 10. Die Worte: «oder ob er sich eines solchen überhaupt nicht bedient», werden zu streichen beschlossen, da bei Benützung keines Tranportmittels, also beim Fussgehen, ohnehin eine höhere Gebühr für Zeitaufwand auf Hin- und Rückweg zu berechnen sein wird, andrerseits jedoch die Belastung der Kranken zu hoch erscheint.

Zu IV. «Gebühren für augenärztliche Leistungen» beantragt Dr. Thenn, es seien auch Sätze für solche augenärztliche Verrichtungen leichterer Art beizufügen, welche nicht der Specialist, sondern der praktische Arzt häufig auszuführen Veranlassung hat, wie Einträufelungen, Aetzungen, Einführungen von Salben, Pulvern u. dgl. Der Antrag wird angenommen.

Ebenso beantragt Dr. Thenn, es möchten dem Entwurfe auch Gebührenansätze für zahnärztliche Leistungen beigefügt werden, wie solche bereits in der k. Allerh. Verordnung vom 18. December 1875, die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis betr., enthalten waren. Auch dieser Antrag wird angenommen.

Endlich schliesst sich die Kammer dem von der Nürnberger Vorsitzendenversammlung gestellten Antrag an, es sei an die k. Staatsregierung die Bitte zu stellen, dass im Anschluss an eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung in der Privatpraxis auch die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte einer Revision und Ergänzung unterzogen werde, da deren Bestimmungen weder mehr zeitgemäss noch vollständig seien.

Nachdem Anträge der einzelnen Bezirksvereine nicht vorlagen, schritt die Kammer zu den üblichen Wahlen. In das Schiedsgericht nach § 7 der k. Allerh. Verordnung vom 7. December 1883 wurden wiedergewählt die vorjährigen Mitglieder: DDr. Eser, Klemz, Reinhard, Schmelcher und Thenn.

In die Commission zur Entscheidung von Beschwerden nach § 12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 wurden wiedergewählt die Beisitzer Dr. Eser und Dr. Reinhard, als deren Stellvertreter Dr. Schmelcher und Dr. Thenn.

Als Abgeordneter für die Sitzung des erweiterten Obermedicinalausschusses wurde gewählt Dr. Brauser, als dessen Stellvertreter Dr. Reinhard.

Nach Erledigung der Tagesordnung ersuchte der Vorsitzende den k. Regierungscommissär um Berichterstattung über die Sanitätsverhältnisse des Regierungsbezirkes.

Nachdem die Art und Weise der Behandlung der bezirksärztlichen Jahresberichte eine andere geworden, können statistische Mittheilungen nicht gemacht werden. Dagegen berichtet der k. Regierungscommissär über das Vorkommen von Infectionskrankheiten in der Oberpfalz im Jahre 1897. Der Typhus ist bedeutend in Abnahme begriffen; eine grössere Epidemie wurde nur im Bezirksamt Sulzbach beobachtet. Nachdem die Abort- und Trinkwasserverhältnisse der Arbeiter auf der Maxhütte sehr nothwendigen, einschneidenden Verbesserungen unterzogen worden waren, liess die Epidemie rasch nach. Puerperalfieber kam wenig zur Anzeige. Eine ziemlich bedeutende Masernepidemie war von Osten in den Regierungsbezirk eingedrungen und nach Westen vorgerückt. Wie seine Excellenz der Herr Regierungspräsident, empfahl auch der Berichterstatter das Ottobad bei Wiesau der Aufmerksamkeit der Aerzte. Erfreulich seien im Kreise die Fortschritte in Bezug auf Wasserversorgung, und lasse sich damit ganz genau der Nachlass von Typhusvorkommnissen in Zusammenhang bringen. Auch die Entfernung der Abfallstoffe mache überall Fortschritte, speciell seien die Städte Amberg und Regensburg in steter Arbeit an der Neuherstellung ihrer Canalisation. Schliesslich bringt der Berichterstatter noch eine vertrauliche ministerielle Mittheilung, betreffend den Mangel an deutschen Aerzten in Bagdad, zur Kenntniss der Kammer.

Der Vorsitzende dankt dem k. Regierungscommissär für seine hochinteressanten Mittheilungen sowohl, wie für seine rege, die Verhandlungen der Aerztekammer wesentlich fördernde Theilnahme an der heutigen Tagesordnung.

Bezüglich des Invalidenunterstützungsvereines bayerischer Aerzte beschliesst die Kammer einstimmig, die Bezirksvereine aufzufordern, den Pflichtbeitrag ihrer Mitglieder von 5 auf 6 Mark zu erhöhen.

Dr. Reinhard dankt schliesslich dem Vorsitzenden für die Leitung der Verhandlungen, worauf dieser die Sitzung der oberpfälzischen Aerztekammer vom Jahre 1898 schliesst.

Der Vorsitzende:	Der Schriftführer:
Dr. Brauser.	Dr. Eser.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberfranken

am 31. Oktober 1898.

Anwesend sind: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Herr Dr. Pürckhauer als k. Rechnungscommissär. Als Delegirte für den ärztlichen Bezirksverein Bayreuth: Medicinalrath Dr. Schneider-Kulmbach und Landgerichtsarzt Dr. Hess-Bayreuth; für den ärztlichen Bezirksverein Bamberg: Medicinalrath Dr. Roth und Landgerichtsarzt Dr. Zinn, beide aus Bamberg, dann Dr. Pürckhauer, praktischer Arzt in Forchheim; für den ärztlichen Bezirksverein Hof: Medicinalrath Dr. Walther von dort und Bezirksarzt Dr. Hess-Wunsiedel; für den Bezirksverein Lichtenfels: Bezirksarzt Dr. Blümm-Staffelstein; für den Bezirksverein Kronach: Bezirksarzt Dr. Schoeppner in Stadtsteinach.

Der k. Regierungscommissär begrüsst die Versammlung Namens der k. Regierung und eröffnet die Sitzung; er fordert zur Constituirung der Kammer auf.

Den Vorsitz übernimmt der Alterspräsident Medicinalrath Dr. Schneider; er dankt dem Herrn Regierungscommissär für seine wohlwollenden Worte und spricht den Wunsch und die Hoffnung aus, dass er noch lange den Verhandlungen der Kammer beiwohnen werde.

Er begrüsst dann die einzelnen Mitglieder, namentlich das neu eingetretene Mitglied, Herrn Dr. Schoeppner und gedenkt ehrend des früheren langjährigen Mitgliedes der Kammer, des Collegen Dr. Alafberg-Kronach, welcher in Folge seiner Ernennung zum k. Bezirksarzt in Ludwigshafen heuer nicht mehr anwesend sein kann.

Die Wahl des Bureaus ergab im ersten Wahlgang, nachdem Medicinalrath Dr. Schneider erklärt hatte, eine etwa beabsichtigte auf ihn fallende Wahl mit Rücksicht auf seine Gesundheitsverhältnisse nicht mehr annehmen zu können, für Herrn Medicinalrath Roth als Vorsitzenden 5 Stimmen, für Landgerichtsarzt Hess als Stellvertreter 6 Stimmen.

Dr. Roth erklärt gleichfalls aus schon in früheren Jahren bekannt gegebenen Gründen die Leitung der Geschäfte nicht übernehmen zu können; im zweiten Wahlgang ging dann Landgerichtsarzt Hess als Vorsitzender, Medicinalrath Roth als dessen Stellvertreter bei geheimer Wahl hervor.

Als Schriftführer wurde Zinn-Bamberg, als dessen Stellvertreter Dr. Pürckhauer gewählt. Die Gewählten nahmen die Wahl dankend an; es übernimmt demzufolge, nachdem noch der bisherige Vorsitzende der Kammer Dr. Schneider über seine Thätigkeit als Vorstandsmitglied des ständigen Ausschusses berichtet und die Tagesordnung bekannt gegeben hatte, Dr. Hess den Vorsitz; der Vorsitzende widmet dem langjährigen bewährten früheren Kammervorstand, Medicinalrath Schneider, der mit hervorragender Sachkenntniss und erspriesslichstem Erfolge die Geschäfte der Kammer in einer mehr als 14jährigen Periode geleitet, den Dank der Kammer unter dem Ausdruck des lebhaftesten Bedauerns, dass er sich zur Uebernahme des Vorsitzes nicht mehr habe bewegen lassen; zugleich bittet er um Nachsicht und gütige Unterstützung der Kammer bei der Uebernahme der Geschäftsleitung.

Medicinalrath Schneider dankt für die anerkennenden Worte, die ihm Namens der Kammer durch den Vorsitzenden zum Ausdruck gebracht wurden; aus dem Berichte Schneider's über seine Thätigkeit als ständiger Vorstand des Kammerausschusses ist besonders hervorzuheben die Correspondenz mit dem Vorstande der Versicherungsanstalt für Oberfranken, nachdem die Aerztekammer im Vorjahre beschlossen hatte, dass die Propositionen der Versicherungsanstalt für die Aerzte unannehmbare seien. Eine Antwort ist auf diese Kundgabe nicht erfolgt.

Der Vorsitzende gibt nun die Verbescheidung der hohen Staatsregierung auf die Verhandlungen der vorjährigen Aerztekammer bekannt.

Auf Ansuchen referirt der k. Regierungscommissär über die sanitären Verhältnisse des Kreises Oberfranken: der Vorsitzende dankt Namens der Kammer für die reichen interessanten Mittheilungen.

Die Kammer tritt nun in die Berathung des Entwurfes einer Standesordnung für die Aerzte Bayerns ein.

Die Kammer beschliesst als Zusatz zu A Ziff. 1 des Entwurfes «religiöses und politisches Verhalten ausgenommen.» Ziff. 8 soll beibehalten werden, aber unter der redactionellen Fassung:

Wer sich als Specialist bezeichnet, soll anderweitige Praxis nicht betreiben.

In Ziff. 11 beschliesst die Kammer Streichung der Worte:

«in jeglicher Form» gemäss eines Antrages des Bezirksvereins Bayreuth.

Bei Ziff. 21 Abs. 2 bleibt die Kammer auf ihrem vorjährigen Beschluss stehen, demzufolge die Worte von

«jedoch soll bis genommen werden»

gestrichen werden.

In Ziff. 24 beschliesst die Kammer mit 6 Stimmen Streichung der Worte

«von Behörden»

In Ziff. 30 bleibt die Kammer auf ihrem vorjährigen Beschluss: Streichung der Worte

«Die Majorität entscheidet alsdann»

stehen.

Ziff. 43—46 wird gemäss des vorjährigen Beschlusses zur Streichung begutachtet und dafür die damals aufgestellte Fassung beibehalten: «die Regelung der Vertretung der Aerzte unter sich und deren Honorirung wird dem gegenseitigen Uebereinkommen überlassen».

Zu dem mit Einführung einer Standesordnung gleichzeitig nothwendigen Erlass einer Ehrengerichtsordnung mit Disciplinar-Verfahren spricht sich die Kammer nach langer Berathung dahin aus, dass unter die Strafbestimmungen der Ausschluss aus dem Verein aufgeführt werde.

Ferner beschliesst die Kammer, dass der hohen Staatsregierung zum Ausdruck gebracht werde, dass bei der in Aussicht genommenen staatlichen Organisation des ärztlichen Standes in Bayern in Berücksichtigung gezogen werde, dass die Stellung aller bayer. Aerzte unter eine gemeinsame Standes- und Disciplinarordnung auf dem Wege der Gesetzgebung das von allen Aerzten und Aerztekammern angestrebte Ziel sei.

Nunmehr tritt die Kammer in die Berathung eines Entwurfs einer Gebührenordnung für Dienstleistungen der approbirten Aerzte in der Privatpraxis ein, wie ein solcher im Auftrage des Bezirksvereins Nürnberg von Dr Emmerich und Dr. Frankenburger ausgearbeitet in No. 39 der Münch. med. Wochenschr. vorliegt und als Anlage anruht. Bei § 5 der allgemeinen Bestimmungen ist die Kammer entsprechend dem Antrag Hof für Streichung. Die Kammer steht auf dem Standpunkt, dass für Besuche in der Stadt besondere Auslagen für Gefährte nicht berechnet werden können, dass aber bei grösseren Städten eine Ausnahme zu machen sei und hierüber Anträge von den Vertretern der grösseren Städte gestellt werden mögen.

Zu § 10 beanstandet Medicinalrath Schneider die Worte: «oder ob er sich eines solchen überhaupt nicht bedient» und stellt Antrag auf deren Streichung; es werden die verschiedenen Möglichkeiten der Benützung von Fahrgelegenheiten, auch Fahrrad besprochen; der Antrag Schneider wird angenommen in dem Sinne, dass die Verwendung eines Fahrrades ebenso berechnet werden kann, wie die eines Fuhrwerks, da durch die schnellere Beförderung nur eine geringere Zeitversäumniss in Ansatz gebracht werden kann.

§ 14 wird auf Antrag der Vereine Bamberg und Bayreuth von der Kammer mit Majoritätsvotum zur Streichung begutachtet.

I. Besuche und allgemeine Leistungen. (Von dem Entwurf liegt ein Exemplar als Anlage bei.)

Bei Ziffer 4 wird Erhöhung des Minimums auf 1.50 M. von der Kammer empfohlen.

Ziffer 10. Maximum mit 5 M. zu wenig; sollte demnach mit Rücksicht auf die kostspieligen und oft langwierigen Untersuchungen z. B. mit Kehlkopfspiegel (Cocainisiren) der Maximalsatz auf 10 M. erhöht werden.

12. «Harnuntersuchung» erfordere eine Abstufung; für einfache qualitative Untersuchung auf Eiweiss und Zucker genüge 2 Mk. für complicirte quantitative, mikroskopische und bacteriologische Untersuchungen 5—15 M.

13. soll heissen: Bei mündlicher Berathung zweier oder mehrerer Aerzte als Berathungsgebühr jedem derselben das 1. Mal 10—50 M.

15. für eine kurze Bescheinigung statt 1—5 M. 2—6 M.

16. soll in 2 Abtheilungen fallen:

a) für einen kurzen Befundbericht 3—5 M.

b) für einen ausführlichen Krankenbericht 5—30 M.

19. Leitung einer Narkose statt 5 «8» M.

22. Besichtigung einer Leiche mit Ausstellung eines kurzen Attestes soll heissen statt 3—6 M. 5—10 M.

23. Vornahme einer Leichenöffnung statt 10—50 M. Erhöhung auf 20—100 M.

25. soll in 2 Abtheilungen gefasst werden:

a) für verlangte Anwesenheit bei Vornahme einer Leichenöffnung 10—20 M.

b) für Assistenz hiebei 15—30 M.

28. Impfung. Erhöhung des Minimums auf 5 M.

33. a) Einfache subcutane Einspritzung etc. 2—5 M.

b) Heilseruminjection 5—20 M.

II. Gebühren für chirurgische Leistungen.

Ziff. 5 soll in 2 Theile getheilt werden:

a) kleinste chirurgische Eingriffe z. B. Eröffnung von Blasen, oberflächliche Excorationen, kleine Wunden ohne Naht 1—3 M.

b) erster Verband einer Wunde mit Naht 3—20 M.

c) zweiter und jeder folgende Verband 1.50—10 M.

24. b) Einrichtung grösserer Knochen soll heissen: 15—50 M

28. a) soll heissen: Einrichtung und erster Verband des Oberschenkels und der Wirbelsäule 30—100 M.

31. Entfernung eines Fingernagels Minimum 2—15 M. (statt 5—15 M.

50. Neurectomie eines Gesichtsnerven statt 20—200 M. 30—300 M.

48. Unterbindung eines grösseren Gefässes:

a) in Continuität 20—200 M.

b) Operation einer Pulsadergeschwulst 30—300 M.

36. zu erhöhen auf 30—300 M.
72. Entfernung fremder Körper aus der Harnröhre 5—20 M.
III. Geburtshilfliche Leistungen.
Ziff. 1, zu erhöhen auf 3—10 M.
6, a) Manual-Extraction 20—50 M.
b) Wendung oder Zange 25—100 M.
c) Perforation 40—150 M.
7. soll heissen 30—150 M.
10. 25—60 zu setzen statt 10—50.
17. a) Entfernung der Nachgeburt durch einfachen äusseren Handgriff 5–20 M.
b) Entfernung der Nachgeburt durch inneren Handgriff 10 bis 20 M.
c) Lösung der verwachsenen Placenta 20—50 M.
18, soll heissen: Behandlung einer Blutung nach der Geburt 10—100 M.
23, Operation der Mastdarmscheidenfistel Erhöhung 50—500 M.
28, Einlegung oder Entfernung des Mutterkranzes 3–20 M.
29, a) Rechtlagerung der verlagerten Gebärmutter 5—20 M.
b) Reposition der angewachsenen rückwärts gelagerten Gebärmutter 10—50 M.
31, 10—50 M.
33, Minimum 20 M.
IV. Augenärztliche Leistungen fanden keine Erinnerung.
V. Nasen-, Rachen-etc, Krankheiten.
1, a) einfache Tamponade 3—10 M.
b) mittels Belloque'scher Röhre 6—20 M.
2, soll heissen 3—15 M.
7, soll heissen 5—20 M.
9, soll heissen 20—50 M.

Die Kammer hat in den einzelnen Ziffern die erwähnten Abänderungen gutgeheissen und stellt gleichzeitig an die Staatsregierung die Bitte, dass im Anschluss an eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung in der Privatpraxis auch die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte einer Revision und Ergänzung unterzogen werde, da die Bestimmungen weder zeitgemäss noch vollständig sind, z. B. fehlen alle Bestimmungen über die in Folge der socialen Gesetzgebung erwachsenden Amtshandlungen. Anträge von den einzelnen Bezirksvereinen liegen nicht vor.

Anträge aus der Mitte der Aerztekammer werden nicht eingebracht.

Die Wahl des Delegirten zum verstärkten Obermedicinalausschuss ergab Herrn Medicinalrath Dr. Roth als Delegirten; als dessen Stellvertreter Medicinalrath Dr. Walther.

In die Commission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation wurden Roth, Schneider und Walther wieder gewählt; als Stellvertreter werden Hess-Bayreuth und Zinn gewählt.

In die Commission zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1895 werden die gleichen Persönlichkeiten wie oben gewählt.

Dr. Zinn berichtete über den Stand der Aerztekammerkasse, welche einen Bestand von M. 213.15 aufweist; es wird beschlossen, auch für das nächste Jahr einen Kammercassenbeitrag von 1 M. pro Verein und Kopf zu erheben.

Die Erhebung des Bestandes der einzelnen Bezirksvereine ergab für Bamberg 54 Mitglieder; 33 loco Bamberg, 21 auswärts. 4 Ehrenmitglieder, darunter 2, welche unter der Ziffer 54 inbegriffen sind. Die Vorstandschaft pro 1898: Vorsitzender Jungengel, Schriftführer Herd, Cassier Gessner. Abgegangen sind: Dr. Dickmann in Schlesslitz durch Tod, Dr. Wetzel-Bamberg durch Ernennung zum Landgerichtsarzt in Schweinfurt, Dr. Caudinns durch Versetzung, Schoeppner, Burgebrach durch Ernennung zum Bezirksarzt, Dr. Ketz, Streitberg und Dr. Ettel, Peulendorf durch Wegzug.

Zugang: Dr. Kroehl-Schesslitz, Dr. Merx-Bamberg, Ettel-Peulendorf, Nürnberger-Höchstadt a. A., Lehmann, Director an der Irrenanstalt, Schlichtegroll Assistenzarzt.

Es wurden 10 Vereinsversammlungen gehalten.

Der ärztliche Bezirksverein Bayreuth zählt 34 Mitglieder, darunter 1 Ehrenmitglied; 19 in der Stadt, 15 auswärtige; 1 Abgang: Dr. Gundlach von Waischenfeld nach Münchberg, 3 Zugänge: Dr. Perlmutter-Bayreuth, Dr. Stix-Neumarkt, Dr. Jourdan-Berneck.

3 Hauptversammlungen, 3 Abendversammlungen mit wissenschaftlichen Besprechungen.

Vorstand Hess, Cassier und Schriftführer Würzburger.

Der ärztliche Bezirksverein Hof hat 37 Mitglieder, davon 12 in der Stadt; 3 Mitglieder sind ausgetreten durch Abzug (Bezirksarzt Dr. Schmitt-Naila, Mengert-Lichtenberg, Raab-Münchberg); eingetreten sind 4: Bezirksarzt Dr. Dietsch-Naila, Dr. Sauer-Steben, Dr. Steinel-Lichtenberg und Dr. Gundlach-Münchberg.

Vorstandschaft: Dr. Tuppert, Secretär, Dr. Theile, Cassier, Dr. Wilhelm Walter (Krankenhausarzt).

Es fanden 2 Generalversammlungen und 7 Monatsversammlungen statt.

Der ärztliche Bezirksverein Kronach hat 14 Mitglieder; Abgänge 2: Dr. Bald und Dr. Alafberg durch Versetzung bezw. Ernennung zu Amtsärzten; Zugänge 2: Bezirksarzt Fuchs in Teuschnitz, Bezirksarzt Schoeppner in Stadtsteinach.

Es fanden 4 Jahresversammlungen statt. Vorstandschaft: Bezirksarzt Schoepp in Kronach, Vorsitzender und Cassier.

Der ärztliche Bezirksverein Lichtenfels hat 13 Mitglieder, keinen Zu- und keinen Abgang. Vorstand ist Dr. Hümmert, Schriftführer und Cassier Dr. Hollfelder in Ebensfeld.

Es fanden 5 Versammlungen statt.

Während des Verlaufs der Verhandlungen wurde die Kammer durch einen Besuch Sr. Excellenz des Herrn Regierungspräsidenten Freiherrn v. Roman beehrt, welcher sich über die zur Berathung stehenden Punkte eingehend erkundigte und die einzelnen Kammermitglieder in ein Gespräch zog.

Der Vorsitzende gibt ein Anschreiben des A. Stuber'schen Verlags in Würzburg an die Kammer zur Kenntniss, in welchem dieser zur Benützung der von ihm herausgegebenen Zeitschrift «Aerztliche Praxis» als Organ für Mittheilungen der Kammerverhandlungen und derer aus den Vereinen auffordert, unter Zusicherung erheblicher Preisreduction bei genügender Abonnentenzahl.

Die Kammer ist der Anschauung, dass ein Bedürfniss zur Aufstellung eines weiteren Organes nicht vorhanden sei.

Das Protokoll wird vorgelesen und genehmigt.

Der Vorsitzende dankt dem Herrn Regierungscommissär für die Geduld, mit der er den Verhandlungen gefolgt und für den wohlwollenden Beirath, welchen er der Kammer zur Verfügung stellte.

Der Herr Regierungscommissär nimmt den Dank entgegen.

Dr. Hess spricht dem Bureau, insbesondere dem Vorsitzenden, den Dank der Kammer für die mühevolle Leitung der Geschäfte aus.

Schluss der Sitzung Abends 3/47 Uhr.

(gez.) Dr. Pürckhauer, Dr. Hess, Dr. Walther, Dr. Roth, Dr. Friedrich Hess, Dr. Schneider, Dr. E. Blümm, Dr. Pürckhauer, Dr. Schoeppner, Dr. Zinn.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Mittelfranken.

Ansbach, den 31. Oktober 1898.

Beginn 9 Uhr.

Anwesend: Der kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Martius als Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: 1. Ansbach: Medicinalrath Dr. Rüdel; 2. Eichstätt: Bezirksarzt Dr. Beck; 3. Erlangen: Dr. Fritsch, Professor Dr. Graser; 4. Fürth: Hofrath Dr. Mayer, Dr. Stark; 5. Hersbruck: Dr. Reichold-Lauf; 6. Nordwestliches Mittelfranken: Bezirksarzt Dr. Pöschel-Neustadt a/A.; 7. Nürnberg: Hofrath Dr. Beckh, Medicinalrath Dr. Merkel, Dr. Schuh, Dr. Emmerich; 8. Rothenburg: Bezirksarzt Dr. Wahl; 9. Südfranken: Bezirksarzt Dr. Eidam-Gunzenhausen; Medicinalrath Dr. Lochner-Schwabach.

Regierungscommissär Dr. Martius eröffnet die Kammer und begrüsst die Delegirten. Er widmet dem verstorbenen Dr. Dietz einen Nachruf und begrüsst den neuen Delegirten für Nürnberg, Dr. Schuh. Die seitherigen Berichte über die hygienischen Verhältnisse des Kreises fallen von jetzt ab weg. Dagegen wurden vom Regierungscommissär eine erweiterte Morbiditätsstatistik auf Grund der vom ganzen Kreis eingesandten Zählblättchen, sowie eine umfassende Tuberculosenstatistik erstellt.

Hierauf fordert er den Alterspräsidenten Dr. Rüdel auf, die Wahl des Bureaus zu leiten.

Alterspräsident Dr. Rüdel nimmt die Legitimationen der Delegirten entgegen und stellt die Präsenzliste fest, ernennt Dr. Mayer zum Schriftführer ad hoc und leitet die Wahl.

Gewählt werden:
Dr. Merkel, I. Vorsitzender,
Dr. Lochner, II. Vorsitzender,
Dr. Mayer, Schriftführer,
Dr. Stark, Stellvertreter des Schriftführers.

Die Gewählten nehmen an.

Regierungspräsident Dr. v. Schelling empfängt das Bureau in längerer Audienz.

Dr. Merkel übernimmt den Vorsitz und gibt die Tagesordnung bekannt:

1. Jahresbericht des ständigen Ausschusses.

Vorsitzender: Wenn ich Sie heute, meine hochverehrten Herren Collegen, begrüsse und Ihnen Bericht erstatte über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses, so geschieht es mit dem Bewusstsein; dass ich damit eigentlich nur einem alten, berechtigten Herkommen entspreche, denn im Gegensatze zu den früheren Jahren habe ich nur von einem recht ruhigen und stillen Jahre und nicht von einer besonders thatenreichen Vergangenheit zu reden. Wir haben ja in den letzten zwei Jahren eine Reihe der wichtigsten Berathungen gepflogen und erwarten nun, nachdem wir uns selbst über die Ziele unserer Wünsche abgeklärt und deutlich ausgesprochen haben, was die kgl. Staatsregierung zu unseren Aufstellungen und Wünschen zu sagen haben wird. Was noch zu thun und zu berathen war, das hat sich innerhalb der Vereine

abgespielt und ohne Mitwirkung Ihrer Centralstelle. Ich habe auch keine Aufträge von Ihnen erhalten und die Einläufe, so weit sie nicht die laufenden Geschäfte der Cassenführung und der Berichterstattung incl. der Protokollaufstellung und der üblichen Versendungen betrafen, gaben keinen Anlass zu besonderer Thätigkeit.

Dass die Protokollabdrücke seiner Zeit bestimmungsgemäss versandt wurden, dass auf Verlangen Morbiditätszählkarten an die Vereine verschickt wurden, dass auch heuer wieder die alte Klage darüber erhoben werden muss, dass die Vereinsvorstände nicht regelmässig ihre Wahlen anzeigen, ist ihnen ebenso bekannt, wie die Thatsache, dass am 9. October eine Vorberathung der Vorsitzenden der ständigen Kammerausschüsse in Nürnberg stattfand, deren Resultate ihnen bereits auf dem Druckwege mitgetheilt wurden. Die Cassenführung und die Vorbereitungen für die heutige Sitzung schloss meine Thätigkeit. Dagegen ist es wohl meine Pflicht, Ihnen eine Mittheilung über die am 20. December 1897 abgehaltene Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses zu machen. Als Berathungsgegenstand stand ein Entwurf derjenigen hygienischen Forderungen an, welche an Fabrik- und Gewerbebetriebe gemacht werden müssen. Der Entwurf war aus einer collegialen Berathung der bayerischen Fabrik- und Gewerbeinspectoren hervorgegangen Als Referenten war Herr Geheimrath Pettenkofer Excell. und der Delegirte Ihrer Kammer aufgestellt. Ich durfte die Anerkennung ernten, dass der Herr Correferent, der mein Referat vorher erhalten hatte, sich ausnahmslos meinen Bemerkungen anschloss, dass meine Vorschläge vom Plenum angenommen wurden und fast wortgetreu in dem hygienischen Theil der neuen Instruction der bayerischen Gewerbe- und Fabrikinspectoren sich wieder finden. Wenn auch diese Angelegenheit eine direct ärztliche nicht ist, so ist sie doch in hygienischer Bedeutung sehr wichtig und zeigt auf's Neue von dem Verständniss, welches unsere Staatsregierung diesen Forderungen der Gesundheitspflege entgegenbringt. Solche Instructionen bestehen sicher in anderen Bundesstaaten auch. Von keiner Regierung aber noch hat man gehört, dass sie ihre diesbezüglichen Erlasse auf ärztliches Urtheil basirt.

Nicht unerwähnt darf ich lassen, dass dem ständigen Ausschuss davon Mittheilung gemacht wurde, dass zwischen einem Vereine und der Forst- und landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft Meinungsverschiedenheiten entstanden sind, deren Schlichtung man zuerst von Seite des Kammerausschusses versucht zu sehen wünschte. In Uebereinstimmung mit den Collegen Lochner und Mayer lehnte ich die Vermittlung ab, da uns die Competenz der Kammer mindestens zweifelhaft zu sein schien. Die Herren sind dann einen anderen Weg gegangen und wir hoffen mit Ihnen, dass es zu einem gedeihlichen Ziele führen möge. Die Angelegenheit birgt einen fatalen Kern, insoferne sie die Gefahr heraufbeschwören könnte, dass praktische Aerzte und Amtsärzte einander gegenüber gestellt werden in einer Weise, die bisher in Bayern nicht üblich war: die Herren werden sich heute vielleicht äussern, ob sie es für wünschenswerth halten, dass sich die Kammer mit der Sache beschäftigt, oder ob sie meine Anschauung theilen, dass dies besser unterbleibe.

Meine hochverehrten Herren Collegen: Ich habe noch eine schmerzliche Pflicht zu erfüllen. Zu Anfang des Jahres 1898 stand ich an einem offenen Grabe, um in Ihrem Namen den letzten Gruss, Worte des Dankes und der Anerkennung unserm lieben Freunde Hofrath Dr. Theodor Dietz zu sagen. Er war unser Alterssenior, aber eines der jüngsten Mitglieder unserer Kammer. Lange Jahre schon stand der verstorbene Freund erhaben über alle die Mühseligkeiten der modernen ärztlichen Thätigkeit. Keine der üblichen Lasten drückte ihn und doch war er einer der thätigsten und fleissigsten Besucher der Sitzungen des ärztlichen Bezirksvereins der Stadt Nürnberg. Keiner that es ihm zuvor im Eifer für die Ehre des Standes, für das Wohlergehen seiner Collegen. Mannhaft, offen und ehrlich, ohne eine Spur von Menschenfurcht, aber immer in nobler, wenn auch entschiedener Weise, trat er für Stand und Standesgenossen ein, nannte rücksichtslos weiss, was weiss, schwarz, was schwarz war. Dazu war er ein Original mit einem guten Humor, der auch im Stande war, einen Spass zu verstehen, ja auch sich selbst zum Ziele zu wählen. So kam es, dass 1895, als die neue Verordnung einer Vermehrung der Delegirtenanzahl nothwendig machte, der Bezirksverein Nürnberg ihn einstimmig absandte. Mit Freuden wurde er von seinen alten Bekannten in der Kammer aufgenommen und die ihn noch nicht kannten, lernten ihn bald schätzen und lieben.

Der Keim der tödtlichen Krankheit sass ihm schon tief in der Brust, als er vor einem Jahre in unserer Mitte weilte. Mit Besorgniss erfüllten uns seine Klagen, als er am Kammermorgen die schweren Gebresten der letzten Nacht schilderte. Er suchte Heilung im südlichen Klima. Als einen stillen todten Mann brachten sie ihn nach wenigen Monaten heim. Aeusserlich haben wir ihn durch einen Kranz geehrt, innerlich lebt er in unserer Erinnerung fort.

Wir gedenken sein! Ich bitte Sie, sich zu erheben. (Geschieht).

College Schuh von Nürnberg ist an seine Stelle getreten. Ihm sei Gruss und Willkommen geboten.

Wir sehen in ihm einmal wieder einen jüngeren Herrn Collegen in unserer Kammer einziehen. Zu den ganz Jungen gehört er freilich auch nicht mehr. Ist das nicht ein Vorwurf für die mittelfränkische Kammer? Ich will gerne — in meinem eigenen Interesse und zu meiner eigenen Entschuldigung — zugeben, dass die Erfahrung der Alten einen Werth hat auch bei unseren Verhandlungen, aber es ist nicht zu leugnen, dass eine neue Zeit neue Leute erheischt und dass der Thatendrang der jüngeren Elemente in unserem Stande Rechte geltend macht, die wir nicht unbeachtet lassen können. Ich verschliesse mich dem schon lange nicht und habe mich dazu, wieder an Ihre Spitze zu treten, nur desshalb bestimmen lassen, weil ich es für meine Pflicht halte, den Abschluss unserer Bestrebung, den die neue Standesordnung unseren Collegen bringen soll und wird, noch mit durchzuarbeiten, wenn nöthig durchzukämpfen.

Zum Schlusse aber nun zu einem freundlichen Bild, meine hochverehrten Herren Collegen.

Am 16. Dezember l. J. kehrt der Tag zum 25. Male wieder, an welchem der damalige Bezirksarzt der Stadt Nürnberg, Dr. Carl Martius als Kreismedicinalrath von Mittelfranken in die Regierung und damit an die Spitze des mittelfränkischen Medicinalwesens eintrat.

Nur ungern sah man ihn in Nürnberg scheiden, aber man freute sich, an der wichtigen Stelle den richtigen Mann zu sehen und den lieben Freund und Collegen nicht ganz zu verlieren.

Was er uns in der neuen Stellung geworden und bis heute geblieben ist, das wissen Sie Alle. Wir haben ihm dafür nur zu danken und wieder zu danken. Gott erhalte ihm seine geistige Frische und stärke ihm seine leibliche Gesundheit. Wir wissen: er bleibt uns gut. Wir ehren und grüssen ihn, indem wir uns von den Sitzen erheben. (Geschieht,)

Und nun an die Arbeit!

2. Kassenbericht für 1897/98.

Vorsitzender:

Einnahmen.

Rückvergütungen für Auslagen der Conferenz der Ausschussvorsitzenden	M. 40.15
Kammerbeiträge	„ 254.75
	M. 294.90

Ausgaben.

Schuld von vorjähriger Rechnung	M. 25.86
Delegation zum Obermedicinalausschuss	„ 50.—
Ausgabe für die Conferenz der Kammervorsitzenden	„ 25.03
Druckprotokolle	„ 53.78
Copialien	„ 25.—
Zählblätter	„ 21.35
Kranz für Hofrath Dr. Dietz	„ 23.—
Porti	„ 3.10
Verschiedenes	„ 13.—
	M. 240.12

Abgleichung.

Einnahmen	M. 294.90
Ausgaben	„ 240.12
	M. 54.78

Der Etat für das kommende Jahr wird erheischen:

Delegation	M. 50.—
Drucksachen	„ 80.—
Zählblätter	„ 25.—
Porti	„ 10.—
Unvorhergesehenes	„ 15.—
Entlohnungen	„ 20.—
	M. 200.—

Es werden also etwa 150 M. durch Umlagen zu decken sein und ein Beitrag von 50 Pf. pro Kopf genügen.

Die Kammer beschliesst so.

3. Vorsitzender gibt den Einlauf bekannt.

Aus demselben wird mitgetheilt:

a) Dankschreiben des Herrn v. Zenetti Exc.
b) Ministerialbescheid pro 1897.
c) Regierungsentschliessung Antrag Götz betr.
d) Ministerialentschliessung, d. d. 7. October 1898, Behandlung der Standesorganisationsfrage betr.
e) Anschreiben von Stuber's Verlag, Würzburg, Vereinsblatt betr.

Davon kommt zum Verlesen:

b) der Ministerialbescheid.
d) Ministerialentschliessung d. d. 7. October 1898, wonach die Bezirksvereine eventuelle Ausstände an der projectirten Standesordnung jetzt noch vorbringen können, diese aber nicht mehr zur nochmaligen Berathung hinausgegeben wird.

Zu diesem Bescheid bemerkt der Vorsitzende, dass speciell in Mittelfranken alle diesbezüglichen Fragen so eingehend in allen Vereinen berathen wurden, dass ein weiteres Daraufeingehen nicht nothwendig erschien.

Dr. Beckh hält dafür, dass durch die verlesene Entschliessung allen berechtigten Forderungen und Wünschen Rechnung getragen ist.

Die Kammer ist der gleichen Ansicht.

e) Anschreiben von A. Stuber's Verlag, worin die Zeitschrift «Aerztliche Praxis» als Vereinsorgan angeboten wird

Vorsitzender: Die von bayerischen Aerzten bis da unterstützte und gehaltene, durch tüchtige Redaction und rührigen Verlag hoch-

gehobene «Münchener medicinische Wochenschrift» war bis jetzt das gebotene Organ; es dürfte kein Grund bestehen, ein anderes, dazu rein buchhändlerisches, Unternehmen zu unterstützen.

Dr. Stark: Die Aerztekammer wolle beschliessen, der Verlagsbuchhandlung A. Stuber in Würzburg einen abschlägigen Bescheid zu geben. Wir haben in der «Münchener medicinischen Wochenschrift», zu deren Mitarbeitern die besten unserer bayerischen Standesangehörigen zählen, ein Blatt, das seit Jahren in wissenschaftlicher Beziehung auf einer Höhe steht, die von anderen deutschen medicinischen Zeitschriften nicht übertroffen wird, ein Blatt, das bisher auch Berichte der Aerztekammern und Bezirksvereine, Referate über Aerztetage, Standesfragen etc. in ausführlicher Weise gebracht hat. Es besteht daher kein Grund und empfiehlt sich nicht, ein Concurrenzunternehmen direct zu unterstützen, das dazu unter Redaction eines ausserbayerischen Arztes steht.

Die Kammer stimmt den Ausführungen zu.

4. Anträge der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern.

Anträge befinden sich gedruckt in den Händen der Delegirten.

I. Staatliche Organisation des ärztlichen Standes in Bayern.

Referent Dr. Mayer: Von der Conferenz der Vorsitzenden aller Aerztekammern Bayerns wird uns ein Antrag unterbreitet betreffs unserer künftigen staatlichen Organisation. Die von uns 1897 berathene Standesordnung und das Gerippe einer Ehrengerichtsordnung kommt noch in diesem Jahre zur Verhandlung und Beschlussfassung im erweiterten Obermedicinalausschuss und die Entscheidung über die bayerische Aerzteordnung steht also unmittelbar bevor. Begreiflich, dass in letzter Stunde man sich überlegt, ist nicht noch etwas unsererseits zu thun, um an maassgebender Stelle in günstigem Sinne einzuwirken, dass man sich ferner fragt, welche Aussichten auf Erfolg haben wir, und schliesslich, wenn dieser errungen werden kann, welche Art einer Aerzteordnung wird wohl zu erreichen sein.

Sollen wir zum ersten Punkt das oft Gesagte immer wieder sagen, wie der ärztliche Stand von jeher Vorschriften für das Verhalten seiner Mitglieder gesucht, und soweit möglich, selbst immer wieder sich gegeben hat, wie aber ein Effect solcher Bestimmungen, wenn nicht andere Bindemittel eingegriffen, stets an der Unmöglichkeit scheiterte, einen Widerstrebenden zu zwingen; wie dann speciell in den letzten Zeiten bei der Ueberfluthung der Welt mit Aerzten die Nothwendigkeit solcher Richtschnuren mehr als je hervortrat, wie die Stellung der Aerzte untereinander und dem Publikum gegenüber durch steigende Concurrenz, durch Einfluss der socialen Gesetzgebung mehr und mehr schlechter geworden ist, als in den patriarchalischen Zeiten vor Einreihung unseres Standes in die Gewerbeordnung? Erhaltung des ärztlichen Standes auf seiner sittlichen Höhe ist, wie wir schon früher sagten, die erste Aufgabe der Aerzteordnung.

Dann soll sie auch den Aerzten Schutz gewähren in mancher Hinsicht. Die gesammte deutsche sociale Gesetzgebung ist auf der Gewissenhaftigkeit und Tüchtigkeit der deutschen Aerzte aufgebaut.

Es hat aber in den mannigfachen Beziehungen zwischen den Aerzten einerseits, den Cassen, Berufsgenossenschaften u. s. w. andererseits, bis da eine Centralisation gefehlt, ein Organ, berechtigt das Interesse auch der Aerzte zu vertreten, so dass nicht mehr der Einzelne für sich und in seinem oft unverstandenen Interesse, oder zum Schaden des Nebencollegen handeln und verhandeln kann. Fast schutzlos steht der Einzelne so und so oft den Cassen etc. etc. mit ihrer gesetzlich geschlossenen Organisation gegenüber, Lohnkämpfe und Strikes, wie in einer beliebigen Fabrik gehören auch bei der ärztlichen Arbeit nicht mehr zu den Seltenheiten.

Das Gesetz verlangt bei den Abmachungen zwischen Aerzten und Cassen «Vereinbarungen». Bei einer bestehenden Aerzteordnung werden unsere Kammern das Organ sein, das solche Vereinbarungen zu treffen hat. Ferne liegt uns der Gedanke, die Ausführung einer Gesetzgebung zu erschweren, die wir selbst mit Freuden begrüsst und gefördert haben; aber das Wohl des ärztlichen Standes verlangt, dass man uns wenigstens hört und mitreden lässt, wo die Ausführung in unseren Händen liegt. Wir glauben, dass alle Differenzen zwischen Cassen, Genossenschaften, Invaliditätsanstalten etc. etc. künftig in gemeinsam beschickten Commissionen unschwer zu einem friedlichen Austrag kommen werden.

Sollen wir noch ausführen, wie das zu erwartende Umlagerecht den Aerzten die Möglichkeit gibt unter voraussichtlich geringen Einzelopfern, invalide Aerzte, arme Wittwen und Waisen aus der ärgsten Noth zu heben? Sachsen hat hierin schon gute Beispiele gegeben.

Sollen wir betonen, dass die Betheiligung der Aerzte an wichtigen statistischen Arbeiten, an hygienischen und anderen Fragen der öffentlichen Medicin ebenfalls nur bei einer bestehenden Aerzteordnung erspriesslich und richtig durchführbar ist?

Die Kammervorsitzenden wollen darüber keine langen Debatten mehr. Es erscheint nur noch wünschenswerth, die Stimmung der Aerzte in Bayern zu unserem Streben zu kennen und thunlich darauf hinzuweisen. Wir haben 1897 in allen acht Kammern die Standesordnung und Ehrengerichtssätze berathen und wir constatiren mit Befriedigung, dass alle acht Kammern einmüthig sich im Princip für eine Aerzteordnung ausgesprochen haben.

Dass über einzelne Nummern der Standesordnung Meinungsdifferenzen auftreten mussten, ist selbstverständlich betreffs Wortlaut oder Sinn; dass einzelne hochwichtige Fragen auch einzelne Gegner haben, ist ja nie zu vermeiden. Die sichtende Hand erfahrener Männer wird hier gewiss das Richtige finden und feststellen. Auch wir können vielleicht einige der wichtigsten Punkte noch zu einer gemeinschaftlichen Auffassung bringen, wovon später; wichtiger erscheint, dass alle Kammern noch einmal ohne alle Anhängsel und Nebenbetrachtungen, unverhohlen der Thatsache Ausdruck verleihen, dass alle bayerischen Aerzte, soweit sie in den Kammern vertreten sind, eine Aerzteordnung anstreben.

Wir dürfen fast stolz darauf sein, dass so ziemlich alle prakt. Aerzte danach streben, sich selbst unter einen gewissen Zwang zu geben, sich unterzuordnen unter allgemein bindende Gesetze, wohl ein Zeichen, wie charakterfest noch heute der ärztliche Stand ist, aber auch ein Beweis, wie gefahrdrohend die Lage ist, da so einmüthig der Ruf nach einer Organisation erschallt.

Und haben nicht erst jüngst auf dem deutschen Aerztetag in Wiesbaden nach dem lichtvollen Exposé unseres jetzigen Vorsitzenden über die Geschichte der Organisation des ärztlichen Standes, die Vertreter von über 12000 Aerzten einstimmig ausgesprochen, dass sie eine bessere Organisation anstreben und erhoffen.

Erinnern wir uns ferner dann der wohlwollenden Aufnahme, die unsere Sache in den Kammern der Abgeordneten und der Reichsräthe gefunden hat, und weiter der vielversprechenden Worte eines hohen Staatsministeriums in derselben Frage, so dürfen wir wohl vertrauensvoll der Weiterentwicklung entgegensehen.

Der Antrag des Vorsitzenden der Kammer lautet:

> «Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass in Bezug auf den Beschluss im vergangenen Jahre in den Aerztekammern von einander abweichende Anschauungen zu Tag getreten sind und mit Rücksicht auf die Thatsache, dass demnächst diese Angelegenheit im erweiterten Obermedicinalausschuss zur Berathung und Beschlussfassung kommen wird, ist es wünschenswerth, dass die Aerztekammern sich nochmal dahin aussprechen, dass die Stellung aller bayerischen Aerzte unter eine gemeinsame Standes- und Disciplinarordnung auf dem Wege der Gesetzgebung das von allen Aerzten und Aerztekammern angestrebte Ziel ist.»

In diesem Antrage wird nur dem Princip Ausdruck gegeben und gleichzeitig damit angedeutet, dass wir es der hohen Staatsregierung überlassen, dass Wie einer Organisation festzustellen. Dem Bedauern, wenn dabei unsere alte, auf den Bezirksvereinen basirte staatliche Organisation in Stücken gehen würde, haben wir schon im Vorjahre Worte verliehen. Diese Organisation hat sich trefflich durch Jahrzehnte bewährt und wir waren in Bayern viel beneidet um unsere Standeseinrichtung. Von den gangbaren Wegen für Erstellung einer Aerzteordnung würde die Nachbildung der in Preussen geplanten Wahlkammern unsere Vereine zerstören. Alle Aerzte eines Bezirkes wählen die Deputirten zur Aerztekammer, welche die erste Instanz in der Organisation bildet.

Vereine, die sich bilden oder bestehen bleiben, haben in der Organisation keinen Platz; in der Kammer centralisirt sich die Thätigkeit der Standesvertretung für einen grossen Bezirk; gewiss für manche kleine Fragen, sowie für ehrengerichtliche Thätigkeit eine grosse Erschwerniss.

Das sächsische Muster hat den Zwangsbeitritt zu den Vereinen, die ihrerseits selbständige Organe sind, die Kammer ist die Instanz für dieselbe. Willkommen scheint uns dieser Weg, der unsere Bezirksvereine erhalten würde. Allerdings wehren sich Manche und sagen, eben haben wir durch Allerhöchste Entschliessung das Recht bekommen, die Vereine, welche Collegialität und gemeinschaftliche wissenschaftliche Arbeit pflegen sollen, von unsauberen Elementen freizuhalten, jetzt sollen eben diese Elemente zwangsweise hereingenommen werden. In der That wäre zu fürchten, dass die Thätigkeit der Vereine bald auf das Geschäftliche sich beschränken und dass neben denselben Localvereine mit localen Interessen sich bilden würden.

Mehrere Kammern (Pfalz und Schwaben) haben 1897 ähnlichen Bedenken Ausdruck gegeben. Schwaben bespricht die Möglichkeit, die Bezirksvereine ganz wie sie sind, fortbestehen zu lassen, den Eintritt nicht obligatorisch zu machen; die Disciplinargewalt den Vereinen aber auch über die Nichtmitglieder im betreffenden Bezirke einzuräumen. Da der Beitritt zum Verein ja nur unter gravirenden Umständen versagt werden kann, könnte so ein unwürdiges Glied dem intimeren Vereinsleben ferngehalten und doch zur Befolgung der Standesvorschriften angehalten werden.

Ein weiterer Vortheil läge bei diesem Weg in der Herstellung und eventuellen Revidirung der Standesordnung. Die ganze jetzige Organisation könnte gesetzlich mit Disciplinargewalt und Umlagerecht begeben und die Standesordnung dazu auf dem Verordnungsweg erlassen werden. Da die Bestimmungen derselben, wenn auch im Grossen und Ganzen unveränderlich, doch im Kleinen und Besonderen von Zeitströmungen abhängig sein können, so wären auf diesem Weg Zusätze oder Aenderungen leichter zu ermöglichen, als wenn dieselben erst den ganzen Weg der Gesetzgebung durchwandern müssten.

Bis da glaubten wir, dass aus juristischen Erwägungen der genannte Weg der Organisation nicht gangbar sein werde. Nachdem

neue Informationen zuverlässiger Art diese Bedenken zerstreut, und nachdem in der That die dem Vereine nicht angehörigen Aerzte nicht rechtlos gestellt sind, stehen wir nicht an, aus voller Ueberzeugung die Beschreitung dieses Weges zu befürworten.

Ich bitte zum Schlusse den Antrag der Kammervorsitzenden womöglich einstimmig anzunehmen.

Der Antrag wird einstimmig und ohne Debatte angenommen.

II. Zu den Sätzen der Standesordnung haben die Kammervorsitzenden zufolge der Anregung von Dr. Brauser («Münchener medicinische Wochenschrift» 1898 Nr. 38) Anträge auf Abänderung oder Beibehaltung einiger Punkte gestellt.

Referent Dr. Mayer: Es ist schon bemerkenswerth genug, dass an dem im Vorjahre von den Kammern berathenen Entwurf einer Standesordnung nicht mehr Aussetzungen gemacht werden sind.

Es ist ja gar nicht möglich, dass in allen Detailpunkten alle zum Mitreden Berechtigten, noch dazu ohne directe mündliche Berathung, sich zusammenfinden können. In manchen untergeordneten Fragen, in denen differirende Meinungen geäussert wurden, wird die Berathung im erweiterten Obermedicinalausschuss und schliesslich die Entscheidung durch Majoritätsbeschluss gar nicht zu umgehen sein. Vielleicht ebenso auch in wichtigen Punkten. Bei solchen wäre es allerdings erwünscht, wenn keine oder doch nur eine kleine Gegnerschaft in den Kreisen der Aerzte selbst stehen bleiben würde. Diesem Wunsche suchen die vorliegenden Anträge der Kammervorsitzenden gerecht zu werden, deren Annahme in allen Kammern eine Einmüthigkeit der leitenden ärztlichen Kreise darthun würde.

Zu Ziffer 1 der Standesordnung soll zu dem Verlangen, dass das Verhalten des Arztes in und ausserhalb der Berufsthätigkeit einer Disciplinirung unterliegen könne, zugefügt werden «das religiöse und politische Verhalten ausgenommen.»

Es bestehen in ärztlichen Kreisen zwei Strömungen über die Frage, ob auch ausserhalb des eigentlichen Berufes, also im Privatleben eine Controle und eine eventuelle Bestrafung erfolgen soll, die Einen verlangen die absolute Hereinbeziehung des Privatlebens, wie es auch die Anwaltsordnung vorschreibt und in ärztlichen Organisationen anderer deutscher Länder geschehen ist. Dass politisches und religiöses Verhalten nie zu einer Straffälligkeit führen könne, hält man für selbstverständlich, wie ja auch z. B. in Preussen ministerielle Aussprüche in diesem Sinne vorliegen.

Eine andere Richtung meint, eine ärztliche Standesordnung habe sich nur um die Berufsthätigkeit selbst zu kümmern, um das Verhalten der Aerzte in ihrer Thätigkeit unter einander und dem Publicum gegenüber. Das Privatleben spiele nur insoweit herein, als auch in diesem ärztliche Ungehörigkeiten begangen werden können. Das Grenzgebiet zwischen beruflichem und Privatleben sei freilich recht dehnbar, uud da man unmöglich jede einzelne Eventualität einer Uebertretung der Standesordnung im Voraus aufzählen könne, so sei der allgemeine Satz, dass ein Arzt auch ausserhalb der eigentlichen Berufsthätigkeit sich anständig betragen müsse, nothwendig. Beide Richtungen, so heterogen sie scheinen, liegen doch nicht zu weit auseinander.

Jene, welche das ausserberufliche Leben nicht hereinziehen wollen, haben in der That die grösste Sorge nur darum, dass sie von jeweiligen herrschenden Strömungen, welche auch die leitenden ärztlichen Kreise mit sich reissen könnten, eine Bestrafung missliebiger politischer und religiöser Stellungnahme befürchten. Da die andere Richtung dies auch nicht will, und behauptet, daran denke jetzt schon Niemand, wird man ein besonderes Betonen in These 1, dass eine solche Bestrafung ausgeschlossen sei, höchstens für überflüssig halten, während das Hereinnehmen den Gegnern den Haupteinwand wegnimmt.

Dann könnten allerdings unter Umständen andere ausserhalb der Berufsthätigkeit vorgekommene Unregelmässigkeiten gerügt werden. Wir finden in den Urtheilen des Ehrengerichts der Anwaltskammern vereinzelte Strafen wegen chronischer Trunkfälligkeit, vielfachen Scandalen in öffentlichen Localen, ungehöriges Benehmen da oder dort, meistens finden sich solche Strafurtheile verbunden mit Unrichtigkeiten in der Berufsthätigkeit, ein Zeichen, dass die aus dem reinen Privatleben hergenommenen Fälle höchst selten sind. Dies bestätigten mir auch Rechtsanwälte selbst. Ueberlegen wir uns dazu, dass der Arzt bei seinem engen Verkehr mit den Familien weit mehr als der Anwalt durch ein anstössiges Privatleben sich selbst schädigt, so wird es nicht zu bezweifeln sein, dass einschlägige Fälle bei uns ganz extreme Seltenheiten sein werden.

Einen Schaden vermögen wir aber nicht zu erkennen, wenn doch einmal einem zu stark excedirenden Arzte auch in seinem Interesse von seinen Collegen der Kopf zurecht gesetzt würde, zumal gewiss selten die Todesstrafe ausgesprochen werden wird.

So stelle ich den Antrag, den Satz, wie ihn die Kammervorsitzenden vorschlagen, anzunehmen, und bemerken nur noch, dass selbstverständlich dann Satz 1 vollständig umredigirt werden muss.

Antrag wird einstimmig und ohne Debatte angenommen.

Dr. Mayer: Die Ziffer 2, welche lautet: Jeder Arzt soll auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde stehen, soll als unerlässlich und selbstverständlich stehen bleiben. Ihre Streichung war von einigen Seiten beantragt. Unsererseits, die wir schon 1897 den Satz stehen liessen, ist nichts dagegen zu erinnern.

Der wissenschaftliche Rahmen ist und wird gewiss ein sehr weiter sein. Mancher extreme Wassermann oder arzneifeindliche Arzt wird Platz darinnen finden. Auch manchen durch eine lange Geschichte anscheinend existenzberechtigten Strömungen, die der reinen Wissenschaft nicht Stand halten, wird ein Räumlein gewährt werden müssen. Man wird ihr allmähliches Absterben erhoffen dürfen. Keinen Platz finden in unserem Kreis nur jene, welche sich selbst direct feindlich gegen die medicinischen Grundauffassungen stellen, wie sie unsere Akademien lehren und wir gelernt haben. Solche Kameraden, die ihren Geschäftsstandpunkt über Treue und Glauben setzen, finden sich leider heutzutage nicht wenige.

Ich stelle den Antrag auf Zustimmung. Die Kammer stimmt einstimmig zu.

Dr. Mayer: Ziffer 8 lautet: die Bezeichnung «Specialist» ist ohne genügende Vorbildung unstatthaft. Specialisten sollen anderweitige Praxis nicht betreiben. Der heutige Vorschlag lautet, den ersten Satz zu streichen. Wir haben nichts dagegen zu sagen, da eine Vorbildung der Specialisten durch die Prüfungsordnung gewährleistet werden wird. Der zweite Theil soll heissen: Wer sich als Specialist bezeichnet, soll anderweitige Praxis nicht betreiben. Ich schliesse mich diesem Wortlaut an. Ich meine, der Unfug mit der Ausschreibung von Specialitäten, womit heutzutage die Aerzte in die Praxis eintreten, ist weit genug gediehen. Dem kann nur gesteuert werden, wenn ein wahrer Specialist, — und wir brauchen solche und erkennen sie an — auch wirklich in seiner Branche bleibt. Die allermeisten thun dies schon heute; sie sichern sich so auch am Besten die Unterstützung der Collegen.

Ferne liegt es uns, irgend einem Arzte seine Neigung zu einem besonderen Fache, zu Chirurgie oder dergl. verschneiden zu wollen. Im Gegentheil, wir sehen mit Stolz, wie gerade jetzt die eigentlichen praktischen Aerzte wieder mehr anfangen, auch die schwierigeren Capitel aus der fortgeschrittenen Medicin und Chirurgie in den von ihnen beherrschten Kreis zu ziehen. Mit Recht schreibt ein Solcher «Chirurg» oder «Geburtshelfer» auf seine Tafel, und wenn er es nicht thäte, seine Leistungen würden desshalb dieselben sein. Nicht die Aufschrift, der Erfolg wird ihm seinen Namen machen. Das Wort «Specialist» aber soll nur dem zur Verfügung stehen, der das ist, was das Wort sagen will — ein Arzt für ein bestimmtes abgegrenztes Fach.

Eigentlich ist das Ganze ein Wortstreit, lange nicht von der ihm beigelegten Bedeutung.

Ich beantrage Zustimmung.

Dr. Reichold: Ich möchte, dass an Stelle des Ausdruckes «Specialist», die nicht misszuverstehende und nur approbirten Aerzten zustehende Bezeichnung Specialarzt gesetzt wurde. Dann glaube ich, dass durch das Verbot anderweitiger Praxis die Specialärzte auf dem Lande zu sehr geschädigt werden. Auf dem Lande kann ein Arzt von der Specialität allein nicht leben, er muss allgemeine Praxis dabei treiben. Andererseits leugne ich nicht, dass das Specialistenthum leichter zu Verstössen gegen die Standesordnung führt; die Verhütung einer Schädigung des ganzen Standes steht mir höher, als der Vortheil Weniger, desshalb stimme auch ich dem Antrage zu, und bitte nur, meine Aenderung der Wortes anzunehmen.

Dr. Lochner betont nochmals, dass Keinem verwehrt sei, ein Hauptfach zu treiben.

Dr. Wahl will gerade das Wort «Specialist» für die Aerzte reservirt wissen und möchte Nichtärzte, die sich so nennen, gestraft wissen.

Dr. Graser meint «Specialist oder Specialarzt» sei die beste Form. (Zustimmung.)

Dr. Beckh stösst sich an dem Worte «soll», das eine Bitte enthält, keinen Zwang. Es müsste «darf» heissen. Zum ersten Punkte bemerkt er, auf dem Lande gebe es eben keine Spezialärzte.

Dr. Reichold bestreitet dies.

Dr. Graser findet 2 Sachen vermengt, Titel und Thätigkeit, doch den Wortlaut «soll» will er stehen lassen, es kann doch auch einmal ein Specialarzt in die nicht abzuweisende Nothwendigkeit kommen, Anderes zu behandeln.

Dr. Beckh ist gleicher Ansicht. Eventuell habe das Ehrengericht zu befinden.

Vorsitzender: Es handelt sich nur um einen Titel. Arzt ist jeder, Specialarzt nicht. Die Prüfungsordnung wird uns erst die Ansicht der Staatsregierungen bringen. Ueber den Grundgedanken, dass nur der auf sein Fach sich Beschränkende den Titel Specialist führen dürfe, scheint Einigkeit zu sein. Ob Specialist oder Specialarzt erscheint einerlei. Einschneidender ist statt «soll» «darf» zu setzen. Es erscheint nicht klug, gar keinen Spielraum in der Ausübung anderer Praxis zu lassen.

Bei der Abstimmung wird die Fassung «Specialist oder Specialarzt» angenommen.

Der Antrag, statt soll, darf zu setzen, wird abgelehnt. Der ganze Satz in der angetragenen Fassung einstimmig angenommen.

Dr. Mayer: Satz 11 Kauf oder Verkauf der ärztlichen Praxis in jeglicher Form, sowie das gewerbsmässige Vermitteln solcher Geschäfte ist unstatthaft, soll ebenso gelassen werden. Es ist zwar zuzugeben, dass solche Fälle nicht häufig fassbar sein werden, doch sollen sie auch nicht durch Stillschweigen als erlaubt gelten.

Dr. Reichold: Die nochmalige Besprechung dieses Satzes lässt erkennen, dass sich Stimmen dagegen ausgesprochen haben. Voriges Jahr erschien mir ein Widerspruch aussichtslos, heute will ich nicht versäumen, meine Meinung dahin zu sagen, dass es Umstände geben kann, unter denen ein Praxisverkauf nicht unehrenhaft sein kann. Das Anbieten eines Hauses, z. B. wenn man die Praxis aufgibt, eines Hauses, das eben nur für den nachfolgenden Arzt denselben Werth repräsentirt und ausserdem minderwerthig verkauft werden müsste, scheint mir nicht gegen die Standesehre zu verstossen, es ist damit keine Benachtheiligung des Käufers verbunden. Müssten nicht andernfalls die zum Verkauf ausgeschriebenen Sanatorien, Heilanstalten aller Art ebenfalls auf solches Anerbieten verzichten.

Ein Schacher mit der Praxis, wobei meist Einer übervortheilt wird, ist nicht genug zu verdammen. Ich würde daher vorziehen zu sagen: Handelsgeschäfte mit ärztlicher Praxis sind verboten etc. Zum Mindesten aber würde ich beantragen die Worte: «in jeglicher Form» zu streichen, wie es auch der Bezirksverein München gethan, um für bestimmte Verhältnisse einen Ausweg zu lassen.

Dr. Beckh stimmt auch für die Streichung der Worte «in jeglicher Form». Die Beurtheilung einschlägiger Fälle steht dem Ehrengerichte zu.

Vorsitzender: Der Hinweis auf die «Privatanstalten» hinkt, da sie nicht die ständige Kundschaft haben wie der Arzt.

Dr. Reichold bestreitet die Richtigkeit dieses Einwandes.

Der Antrag, das «in jeglicher Form» zu streichen wird angenommen.

Darauf das Stehenlassen von Nr. 11 einstimmig beschlossen.

Dr. Mayer: Nr. 25 «Als Consiliarius ist jeder Arzt zuzulassen, der die Fähigkeit besitzt, einem Bezirksverein anzugehören und auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde steht» sowie

Nr. 34: «Consilien können abgelehnt werden», beantrage ich conform mit dem Kammervorsitzenden stehen zu lassen, vielleicht ist es besser, den Satz «und auf dem Boden der wissenschaftlichen Heikunde steht» wegzulassen, da dies Postulat schon durch Nr. 2 von selbst erfüllt wird.

Die Verweigerung eines Consils ist des Arztes natürliches Recht, er kann in dem Verlangen darnach ein Misstrauensvotum sehen oder sonst eine Kränkung, und der Kranke braucht ihn ja, wenn er nicht nachgeben will, nicht behalten.

Geht der Arzt aber auf ein Consil ein, so hat er nicht das Recht, einen bestimmten Consiliarius abzulehnen, wenn Letzterer der Organisation angehört. Also das Consil kann verweigert werden, der Consiliarius nicht. In der Standesordnung müssen diese Bestimmungen schon desshalb stehen, weil man daran denken muss, den Arzt auch gegen mögliche Vorwürfe des Publicums zu schützen.

Der Antrag auf Streichung des letzten Satzes und des Stehenlassens von Nr. 35 und 34 wird einstimmig angenommen.

Dr. Reichold: Ich habe im vorigen Jahre beantragt, eine neue Ziffer zwischen 7 und 8 einzustellen. Sie lautet: Das Halten auswärtiger Sprechstunden im Praxisgebiete anderer Aerzte ist verboten.

Dieselbe wurde, da man sich über den Wortlaut meines Satzes nicht einigen konnte, auf heuer zurückgestellt. Ich bitte, wenn sich inzwischen nicht eine bessere Redaction gefunden haben sollte, sie in der von mir formulirten Fassung anzunehmen.

Antrag wird einstimmig angenommen

Dr. Mayer: Seitens der Kammervorsitzenden wird ferner beantragt, den Strafbestimmungen unserer Ehrengerichtsordnung, wenn irgend thunlich, den «Ausschluss aus dem Vereine» hinzuzufügen. (Zwischen Nr. 5 und 6.)

In diesem Wunsche drückt sich wieder das Bedürfniss aus, die alten Vereine in ihrer alten Gestalt beizubehalten.

Diese Möglichkeit liegt aber nur in der eben von uns geschilderten Art der künftigen Organisation: Disciplinarbefugniss der Bezirksvereine über alle Aerzte ohne Zwangsbeitritt.

In der Hoffnung, dass durch Annahme der vorliegenden Strafbestimmungen alle Kammern den gleichen Wunsch nach dieser Organisation aussprechen, bitte ich auch Sie um Annahme. Hinzuzusetzen dürfte nöthig sein «Ausschluss zeitlich oder dauernd».

Dr. Eidam fragt an, ob das Umlagerecht auch auf ausserhalb des Vereins Stehende Geltung habe.

Vorsitzender bezweifelt dies, glaubt aber, dass das Wegbleiben vom Verein extrem selten sein werde.

Antrag wird einstimmig angenommen, ebenso der Zusatz «zeitlich oder dauernd».

III. Entwurf einer ärztlichen Gebührenordnung (Liegt gedruckt vor in der «Münchener medicinischen Wochenschrift».)

Dr. Emmerich: Der Entwurf einer neuen bayerischen ärztlichen Gebührenordnung liegt mit den einleitenden Bemerkungen der heutigen mittelfränkischen, sowie sämmtlichen bayerischen Aerztekammern vor. Der ärztliche Bezirksverein Nürnberg hat die Kosten der Drucklegung und der Versendung derselben an die Mitglieder des Obermedicinalauschusses, an sämmtliche Kreismedicinalbeamte, sowie an die Vorstände sämmtlicher bayerischer Bezirksvereine in je 2 Exemplaren übernommen. Auch hat die «Münchener medicinische Wochenschrift» nachträglich in dankenswerther Weise den Abdruck des ganzen Entwurfes gebracht, so dass dieses Material wohl allen Collegen, die sich dafür interessiren, zugänglich gemacht wurde und noch hinreichend Zeit zur Durchberathung in den Vereinen übrig war. Wir bitten nun die hohe Staatsregierung den Entwurf entgegenzunehmen und dem Ober medicinalauschuss unterbreiten zu wollen.

Zur Discussion meldet sich Niemand.

Entwurf wird einstimmig gutgeheissen und die Vorlage an die hohe Staatsregierung beschlossen.

Dr. Reichold: Im Anschluss an die Vorlage für eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung in der Privatpraxis möchte ich beantragen, auch die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte möge einer Revision und Ergänzung unterzogen werden, da deren Bestimmungen weder mehr zeitgemäss, noch vollständig seien. Bei Geneigtheit der hohen Staatsregierung darauf einzugehen, werde ich mit Begründung dieser Behauptungen dienen können.

Antrag wird ohne Discussion angenommen.

5. Regierungsentschliessung d. d. 15. November 1897 Jahresbericht der praktischen Aerzte betr.

Vorsitzender verliest dieselbe

«Dem Vorsitzenden des ärztlichen Bezirksvereins Hersbruck, kgl Bezirksarzt Dr. Karl Götz daselbst, ist auf seine mit Randbericht vom 6. l. Mts. vorgelegte Anfrage bezüglich der Gleichstellung einer Jahresmorbiditätsstatistik mit einem ärztlichen Jahresberichte anheimzugeben, diese Frage behufs gleichheitlicher Regelung in der nächsten Sitzung der mittelfränkischen Aerztekammer in Anregung zu bringen.»

Dr. Reichold: Im Bezirksverein Hersbruck wurde im vorigen Jahre die Anfrage gestellt, ob die regelmässige Betheiligung der praktischen Aerzte an der Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten von der Erstattung eines Jahrberichtes entbinde. Eine diesbezügliche Anfrage unseres Vorsitzenden an hoher Stelle hat zu der vorliegenden Entschliessung geführt, die uns Gelegenheit gibt, eine Sache zu erörtern, die wichtig genug erscheint.

Viele Aerzte sind der Meinung, schon das regelmässige Einschicken der Morbiditätszählblättchen befreie von der Nothwendigkeit, einen Jahresbericht zu erstellen und sie stützen sich darauf, dass angeblich vor Jahren schon diesbezügliche bindende Erklärungen Seitens der oberen Medicinalbehörden vorlägen.

Es ist nicht zu läugnen, dass gerade beschäftigte Aerzte oft die Zeit nicht finden, ihr grosses Material zu einem Jahresbericht zu verarbeiten, andere wieder haben vielleicht kein ausreichendes Material und wollen doch in der Einreichung von Berichten nicht zurückstehen. Da wäre eine Giltigkeit der Theilnahme an der Morbiditätsstatistik natürlich vielfach eine grosse Erleichterung.

Ich erlaube mir daher an den Herrn Regierungscommissär die Anfrage zu richten, wie es sich in Wahrheit mit dieser Frage verhält.

Regierungscommissär führt aus, dass seit länger es Sitte war, die Zusammenstellung der Morbiditätsstatistik in einzelnen Bezirken als gleichberechtigt mit dem Jahresberichte gelten zu lassen. Das einfache Einschicken der Zählblättchen selbst allerdings nicht. Bei bekannten Aerzten hätten wohl auch Berichte über Krankenhäuser, über gynäkologische Fälle etc., genügt. Es sei eben zu bedenken, dass durch Jahresberichte oder andere gleichgeachtete Einsendungen man sich ein Bild machen soll, von der Befähigung des Betreffenden zu Arbeiten im öffentlichen Interesse; dass dies aus der einfachen Blättcheneinsendung nicht möglich ist, sei klar.

Ob auch in Zukunft dieselbe Sitte noch beibehalten werde, sei allerdings zweifelhaft.

Dr. Reichold: Auch meine persönliche Ansicht hat sich dahin geneigt, dass die einfache Einlieferung der Zählblättchen nicht genügen könne. Die Antwort des Herrn Regierungscommissärs genügt mir. Ich benütze aber die Gelegenheit, die Ansicht auszusprechen, dass vielleicht doch in der Art der Erstellung von Jahresberichten Erleichterungen und Verbesserungen eingerichtet werden könnten. Dies wäre nicht unbillig, da doch ein Arzt heutzutage 20 bis 25 Jahre warten kann, bis er eine Staatsanstellung erhält, also die Arbeiten, die man alljährlich verlangt, sich stattlich summiren. Vielleicht könnte ein wissenschaftlicher Bericht erweiterten, besonders hygienischen Inhaltes alle 5 Jahre genügen. Auch wären gewiss anderweitige literarische Arbeiten einem Jahresbericht gleichzustellen.

Vorsitzender: Aus der ministeriellen Zuschrift geht hervor, dass ohne Jahresbericht eine Anstellung im Staatsdienst nicht zu erhoffen ist. Jetzt ist klargestellt, dass die Verarbeitung eines statistischen Materiales als Jahresbericht gelten kann, nicht aber das einfache Mitbeschaffen dieses Materiales.

Die Fingerzeige Dr. Reichold's sind gewiss beachtenswerth, zu Anträgen an die Staatsregierung aber nicht reif. Solchen müsste doch erst eine Berathung in den Vereinen vorangehen; dieser Berathung könnte das weiter ausgeführte Elaborat Dr. Reichold's unterlegt werden. — Dr. Reichold ist einverstanden und stellt keinen Antrag.

Die Kammer stimmt einstimmig zu.

6. Dr. Emmerich: Die Versendung des Entwurfes der neuen bayerischen Gebührenordnung mit Hilfe unseres bayerisch-ärztlichen Schematismus, der im Auftrage des Staatsministeriums herausgegeben wird, war unmöglich, da die Namen der einzelnen Bezirksvereine aufgeführt sind, die Namen der Vorstände resp. Vorstände und Schriftführer waren aber in dem bayerischen Schematismus nirgends zu finden. Zum Glück hat der Börner'-

sche Reichsmedicinalkalender diese Lücke ausgefüllt, so dass erst an der Hand dieses ausserhalb Bayerns herausgegebenen Handbuches die Versendung möglich wurde.

Ich stelle desshalb den Antrag,

«es möge die mittelfränkische Aerztekammer den Wunsch aussprechen, dass in Zukunft die Namen der Vorstände und Schriftführer aller bayerischen ärztlichen Bezirksvereine in den Schematismus aufgenommen werden.»

Vorsitzender: Der Antrag ist gewiss zweckmässig. Antrag wird einstimmig angenommen.

7. Dr. Beckh: Ich möchte zu der in den einleitenden Worten unseres Vorsitzenden erwähnten Differenz zwischen der forst- und landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft und dem Bezirksverein Südfranken Bericht über den Verlauf geben. Der Verein Südfranken hatte sich dagegen verwahrt, dass bei Unfallsachen alle dem Anfangsgutachten folgenden nur noch durch Bezirksärzte und bezirksärztliche Stellvertreter geschehen solle. Der Verein sah darin eine Zurücksetzung der praktischen Aerzte. In einer Conferenz, die von den mittelfränkischen Bezirksvereinen beschickt war, einigte man sich auf den der Berufsgenossenschaft vorzutragenden Wunsch, dass die späteren Gutachten immer von einem anderen, als dem behandelnden Arzte ausgestellt werden sollten, damit wäre dem berechtigten Verlangen der Berufsgenossenschaft genügend Rechnung getragen. Den zu schroff erscheinenden Weg einer schriftlichen Meinungsäusserung lehnte man ab, vielmehr wurde ich beauftragt, mündlich bei dem Vorstande der Genossenschaft vorstellig zu werden.

Dies ist geschehen und als Resultat theile ich mit, dass 2 Punkte vereinbart wurden,

1. dass kein Arzt principiell von der späteren Gutachtensabgabe ausgeschlossen sein solle;
2. dass abgesehen vom ersten die periodisch wiederkehrenden Gutachten, wenn irgend angängig, von einem anderen als dem behandelndem Arzte erstattet werden sollen.

Dies scheint mir genug.

Ich gab noch in dem Gespräche dem Gedanken Ausdruck, Missstände und Klagen über ärztliches Handeln bei der Berufsgenossenschaft fänden oft andere Erklärung, wenn die Aerzte selbst gehört worden wären, ebenso wäre es gut, wenn Aerzte, die wirklich gefehlt haben, zur Verantwortung gezogen würden.

8. Berichte der Bezirksvereine:

Ansbach. Dr. Rüdel: Der ärztliche Bezirksverein Ansbach zählt 21 Mitglieder, von denen 10 in der Stadt und 11 auswärts wohnen.

Vorsitzender ist Dr. Rüdel, Schriftführer Dr. Maar, beide in Ansbach, Cassier Dr. Baudorf in Heilbronn.

Versammlungen finden immer am ersten Dienstag jeden Monats statt.

Eichstätt. Dr. Beck: Der ärztliche Bezirksverein Eichstätt setzt sich aus 11 Mitgliedern zusammen, darunter 2 Militärärzte.

1. Dr. Beck, k. Bezirksarzt und Hausarzt beim k. Arbeitshause Rebdorf, Vorsitzender.
2. Dr. Pickl, prakt. und Krankenhausarzt zu Eichstätt, Schriftführer und Cassier.

Neu beigetreten ist dem Vereine der prakt. Arzt Dr. Wolf zu Greding.

Sitzungen werden jährlich 2 abgehalten, wobei Referate, alle wichtigen Einläufe, Anträge, Standes- und Tagesfragen erledigt werden.

Erlangen. Dr. Fritsch: Der Bezirksverein Erlangen zählt zur Zeit 38 Mitglieder und ein Ehrenmitglied

I. Vorsitzender: Professor Dr. Graser,
II. Vorsitzender: Dr. Fritsch,
Schriftführer: Dr. L. R. Müller,
Cassier: Oberarzt Dr. Köberlin.

Es werden in der Regel alle 4 Wochen zahlreich besuchte Sitzungen abgehalten.

Fürth. Dr. Stark: Der ärztliche Bezirksverein Fürth zählt z. Z 32 Mitglieder, von denen 28 auf die Stadt und 4 auf das Bezirksamt Fürth entfallen.

Vorsitzender: Hofrath Dr. Mayer,
Schriftführer und Cassier: Dr. Stark.

Dem Verein gehören nicht an ein Naturheilarzt und 2 Praxis ausübende Militärärzte. Der Verein hat monatliche Sitzungen eingeführt.

Hersbruck. Dr. Reichold: Der Bezirksverein Hersbruck zählt gegenwärtig 14 Mitglieder.

Vorsitzender: Dr. Reichold I,
Stellvertreter des Vorsitzenden, Schriftführer und Cassier: Dr. Wollner.

Im Vereinsjahre wurden 6 Sitzungen abgehalten.

Nordwestliches Mittelfranken. Dr. Pöschel: Der Bezirksverein für das nordwestliche Mittelfranken hat 17 Mitglieder. Versammlungen werden jährlich 3—4 abgehalten.

Vorstand: Bezirksarzt Dr. Pöschel, Neustadt a/A.,
Cassier: Dr. Federschmidt, Windsheim,
Schriftführer: Dr. Lauer, Neustadt a/A.

Nürnberg. Dr. Schuh: Der ärztliche Bezirksverein Nürnberg hat einen Stand von 133 Mitgliedern und zwar von 121 Mitgliedern in Nürnberg, von 12 auf dem Lande.

Seit dem 31. October vorigen Jahres fanden 4 Vereinsversammlungen und 9 Sitzungen des Gesammtvorstandes statt.

Bezüglich unserer Stellung gegenüber den Krankencassen konnten wir die freie Arztwahl nicht nur behaupten, sondern auch weiter ausdehnen, wenn auch mancherlei Schwierigkeiten dabei zu überwinden waren.

Am 9. December vergangenen Jahres ernannte der Verein sein um die Förderung des ärztlichen Standes hochverdientes Mitglied, Herrn Medicinalrath Dr. G. Merkel zum ersten Ehrenmitglied.

Die Vorstandschaft des Vereines ist dieselbe geblieben, wie im Vorjahre, nämlich:

I. Vorsitzender: Dr. W. Beckh,
II. Vorsitzender: Dr. Emmerich,
I. Schriftführer: Dr. L. Schuh,
II. Schriftführer: Dr. H. Koch,
Cassier: Dr. Weiss.

Rothenburg. Dr. Wahl: Der ärztliche Bezirksverein Rothenburg hat 14 Mitglieder. Versammlungen wurden 3 abgehalten.

Vorstand: Dr. Wahl,
Schriftführer und Cassier: Dr. Lederle.

Südfranken. Dr. Eidam: Der ärztliche Bezirksverein für Südfranken besteht aus 47 Mitgliedern in den Bezirksämtern Schwabach, Weissenburg, Gunzenhausen, Dinkelsbühl, Feuchtwangen, Hilpoltstein, dabei 2 ausserordentliche Mitglieder aus dem Regierungsbezirk Schwaben.

Abendversammlungen fanden 10 statt, Tagesversammlungen 2.

Vorstandschaft:

Dr. Lochner-Schwabach, Vorsitzender,
Dr. Eidam-Gunzenhausen, Schriftführer,
Dr. Bischoff-Gunzenhausen, Cassier.

9. Vornahme der Wahlen:

a) Delegirter zum Obermedicinalausschuss: Dr. Merkel, Stellvertreter: Dr. Lochner.
(Wahl durch Acclamation.)

b) Mitglieder der Commission zur Aberkennung der Approbation: Dr. Rüdel, Dr. Wahl, Dr. Eidam, Dr. Graser, Dr. Reichold.

c) Schiedsgericht zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895:
1. Mitglieder: Dr. Beckh, Dr. Mayer, Dr. Pöschel, Dr. Stark;
2. Stellvertreter: Dr. Emmerich, Dr. Fritsch.

Alle Gewählten nehmen die Wahl an.

Dr. Merkel dankt dem k. Commissär für seine Theilnahme an den Verhandlungen und schliesst die Kammer mit einem Hoch auf Seine Königliche Hoheit Prinzregent Luitpold.

Dr. Schuh dankt Dr. Merkel für seine Geschäftsleitung.

Schluss 12 Uhr.

Dr. Merkel. Dr. Mayer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Unterfranken.

Würzburg, den 31. October 1898.

Beginn der Sitzung 10 Uhr Vormittag.

Anwesend: Als Regierungscommissär der kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. G. Schmitt. Als Delegirte die Bezirksvereine: Aschaffenburg: Dr. Roth, k. Landgerichtsarzt; Ebern-Hassfurt: Dr. Albert, k. Bezirksarzt Gemünden—Lohe: Dr. G. Oschmann, prakt. Arzt; Gerolzhofen-Volkach: Dr. Zöllner, k. Bezirksarzt; Kissingen: Dr. Ising, k. Hofrath; Kitzingen: Medicinalrath Dr. Lorenz, k. Bezirksarzt; Königshofen i/G.: Kundtmüller, prakt. Arzt; Miltenberg-Auerbach: Dr. Reiter, prakt. Arzt; Neustadt a/S.: Dr. Th. Hofmann, prakt. Arzt; Obernburg: Dr. Blümm, k. Bezirksarzt; Ochsenfurt: Dr. Goy, k Bezirksarzt; Schweinfurt: Dr. Bruglocher, k. Bezirksarzt; Würzburg: Dr. Roeder, k. Bezirksarzt; Dr. Dehler, prakt. Arzt, Dr. Engelhardt, k. Bezirksarzt.

Der Alterspräsident Herr Dr. Roth leitet die Wahl des Bureaus.

Gewählt werden in schriftlicher geheimer Abstimmung:

Herr Dr. Roeder als Vorsitzender.
Herr Dr. Bruglocher als Stellvertreter des Vorsitzenden.
Herr Dr. Dehler als Schriftführer.

Herr Regierungscommissär, Kreismedicinalrath Dr. Schmitt begrüsst die Versammlung Namens der k. Regierung.

Hierauf tritt die Kammer in die Berathung der Tagesordnung ein. Von Seite des k. Staatsministeriums resp. der k. Kreisregierung liegen keine Berathungsgegenstände vor.

Der Vorsitzende: In den Einlauf des ständigen Ausschusses gelangten:

1. Eine Entschliessung des k. Staatsministeriums des Innern vom 24. Juli ds. betr. die Verbescheidung der vorjährigen

Kammerverhandlungen. Je ein Exemplar dieser Entschliessung wurde den Vorständen der Bezirksvereine zugestellt.

Die Entschliessung wird verlesen, dessgleichen

2. Eine Entschliessung des gleichen Ministeriums vom 7. October 1898, gemäss welcher zur Berathung des von den Aerztekammern vorgelegten Entwurfs einer ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung im December der verstärkte Obermedicinalausschuss zu einer Plenarsitzung einberufen wird, um dem k. Staatsministerium des Innern ein das gesammte Material zur Sache würdigendes Gutachten zu unterbreiten.

Diesen vom verstärkten Obermedicinalausschusse gutachtlich einkommenden Entwurf weiterhin zur Berathung an die ärztlichen Bezirksvereine zu leiten, wie in der medicinischen Fachpresse angenommen zu werden scheine, sei nicht beabsichtigt, dagegen seien die Bezirksvereine, welche sich bisher mit dem Gegenstande noch nicht befasst und zu dem erwähnten Entwurfe nicht geäussert hätten, hiezu anzuregen, damit ihre Auffassungen und Anträge bei der Berathung des verstärkten Obermedicinalausschusses noch zur Erörterung und Würdigung gelangen können. Der Vorsitzende constatirt durch Ueberfragen bei den einzelnen Delegirten, dass sämmtliche unterfränkische Vereine zu dieser Frage bereits im Vorjahre sich geäussert haben.

Der Vorsitzende: Am 9. October ds. fand eine Vorbesprechung der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse (nach § 6 der Geschäftsordnung) in Nürnberg statt und auf Grund jener Berathung unterstellt der ständige Ausschuss folgende Punkte Ihrer Berathung:

I. Staatliche Organisation des ärztlichen Standes in Bayern.

Referent: Herr Bruglocher.

Die kgl. Allerhöchste Verordnung vom 10. August 1871, die Bildung von Aerztekammern und von ärztlichen Bezirksvereinen betreffend, durch welche dem ärztlichen Stande in Bayern eine Vertretung gewährt worden ist, um welche die Aerzte anderer Bundesstaaten uns jahrelang beneiden konnten, enthält bereits die Bestimmung, dass in jedem Bezirksvereine zur Wahrung der Standesehre der Mitglieder und zur Schlichtung von Streitigkeiten unter denselben ein Schiedsgericht zu errichten sei. Als bindend für ihre Mitglieder und als Grundlage für die Entscheidungen des Schiedsgerichts haben in der Folgezeit verschiedene Bezirksvereine sich veranlasst gesehen, Standesordnungen für ihre Mitglieder zu erlassen. Diese Standesordnungen sind wohl ausnahmslos der Münchener Broschüre «Der ärztliche Stand und das Publicum» und der wesentlich vereinfachten Karlsruher Standesordnung nachgebildet. Daher kommt es, dass sie in allen wesentlichen Punkten übereinstimmen. Die Verordnung vom Jahre 1871 erfuhr unter dem 9. Juli 1895 eine Revision. Um sichere Anhaltspunkte für eine gerechte und gleichmässige Handhabung der Voraussetzungen zu gewinnen, welche nach der revidirten Verordnung für die Verweigerung der Aufnahme in den Verein, oder für den Ausschluss aus demselben gegeben waren, erschien es zweckmässig, an die Schaffung einer gemeinsamen ärztlichen Standesordnung für ganz Bayern zu gehen. Die Aerztekammern fassten desshalb im Jahre 1895 den Beschluss, die Vorsitzenden der Kammern bezw. deren ständige Ausschüsse mit den Vorarbeiten zu einer solchen zu betrauen.

Es ist Ihnen erinnerlich, wie in Folge einer Meinungsverschiedenheit über die formelle Behandlung der Sache ein diesbezüglicher Entwurf den Aerztekammern erst im Jahre 1897 zur Berathung vorgelegt werden konnte. Die Kammerverhandlungen des Jahres 1897 haben ergeben, dass es mit keinen Schwierigkeiten verbunden ist, eine gemeinsame Standesordnung zu erlassen. Principielle Meinungsverschiedenheiten haben sich nicht ergeben; der Entwurf fand vielmehr in allen wesentlichen Punkten die ungetheilte Zustimmung aller Kammern, und haben sich die gestellten Abänderungsvorschläge meist auf untergeordnete Dinge bezogen.

Die unterfränkische Aerztekammer hat den vorgelegten Entwurf im Vorjahre mit nur einer Abänderung einstimmig gutgeheissen und liegt kein Grund vor, auf die Einzelheiten heute wiederholt zurückzukommen.

Die Schwierigkeit liegt vielmehr darin, dass die Standesordnung nicht nur für alle bayerischen Bezirksvereine, sondern für alle bayerischen Aerzte, mithin auch für die ausserhalb der Bezirksvereine stehenden Aerzte, Geltung haben soll und dass es nicht leicht ist, diese sogenannten «wilden» Aerzte in dem Rahmen der derzeit giltigen Verordnungen einer Disciplinargewalt zu unterstellen. Gerade den «Wilden» gegenüber ist eine Standesordnung und eine deren Beobachtung gewährleistende Disciplinargewalt doppelt von Nöthen.

Die unterfränkische Aerztekammer hat schon im Jahre 1894 den Wunsch ausgesprochen, «es möge eine Disciplinarbefugniss auch über jene Aerzte gewährt werden, welche keinem Vereine angehören». Im Jahre 1895 hat dieselbe Kammer an die königl. Staatsregierung die Bitte gerichtet: «Dieselbe wolle bei weiterer Ausgestaltung der Organisation des ärztlichen Standes in Bayern (bei Gewährung einer Aerzteordnung) dafür Sorge tragen, dass der Aerztekammer ein Einfluss auch auf solche Aerzte, welche keinem ärztlichen Vereine angehören, ermöglicht werde.» Daraufhin erfolgte der Bescheid, genannter Antrag eigne sich zur geschäftsmässigen Behandlung bei der für die nächste Sitzung der Aerztekammern (im Jahre 1896) in Aussicht genommenen Berathung einer Aerzteordnung. Warum in diesem Jahre 1896 eine Standesordnung nicht zur Berathung kam, habe ich oben schon angedeutet, wohl aber wurde der gleiche Antrag in erweiterter Form in diesem Jahre 1896 neuerdings eingebracht. Hierauf erging der Bescheid, dass die kgl. Staatsregierung vorerst nicht in der Lage sei, zur obligatorischen Durchführung einer Standesordnung für sämmtliche Aerzte Bayerns die erforderliche gesetzliche Unterlage zu schaffen, es komme vielmehr vor Allem auf den Inhalt der von den Aerztekammern in Vorschlag zu bringenden Standesordnung an, um bemessen zu können, ob die bestehende Gesetzgebung ausreiche oder einer Ergänzung bedürfe.

Die Aerztekammern des Jahres 1897 haben gelegentlich der Berathung der gemeinsamen Standesordnung sich auch in grossen Zügen mit dem Erlass einer Ehrengerichts-Ordnung mit Disciplinarverfahren beschäftigt, um die Durchführung der zu erlassenden Standesordnung zu gewährleisten. Sie sind auch der Schwierigkeit der Ausdehnung der Standesordnung auch auf die sogen. «wilden» Aerzte nicht aus dem Wege gegangen und haben die Frage des obligatorischen Beitritts sämmtlicher Aerzte zu den Bezirksvereinen nach sächsischem Muster ventilirt. Nachdem seit 1871 auch in anderen Bundesstaaten ärztliche Standesvertretungen eingerichtet worden sind, war es ja natürlich, dass man Umschau hielt, auf welche Weise es anderwärts gelungen ist, der bei uns noch bestehenden Schwierigkeit zu begegnen.

Es kommen hier in Betracht die Hamburger, die preussischen und die sächsischen Bestimmungen. In Hamburg besteht seit 1. Januar 1895 eine wirkliche Aerzteordnung, welche die Mehrzahl der auf Ausübung der ärztlichen Praxis Bezug habenden Bestimmungen enthält, wie Anzeigepflicht bei erfolgter Niederlassung als Arzt, bei ansteckenden Krankheiten, bei Geburten u. s. w. Bezüglich des standesgemässen Verhaltens schreibt sie vor: «Der Arzt ist verpflichtet, seine Berufsthätigkeit gewissenhaft auszufüllen und durch sein Verhalten in Ausübung des Berufes sowie ausserhalb desselben sich der Achtung würdig zu zeigen, die sein Beruf erfordert.» Der aus 5 Mitgliedern bestehende Vorstand der für das gesammte Hamburger Staatsgebiet gebildeten Aerztekammer ist befugt, einen Arzt, der den eben erwähnten Verpflichtungen zuwider handelt, auf das Unangemessene seines Verhaltens aufmerksam zu machen, oder ihm eine Warnung oder Verweis zu ertheilen, oder auch ihm die Wahlberechtigung und die Wählbarkeit zur Aerztekammer auf Zeit oder dauernd abzuerkennen. Erscheint eine wichtige eidliche Zeugenaussage nothwendig, so kann der Vorstand sich in Gemässheit des Gesetzes betr. das Verhältniss der Verwaltung zur Rechtspflege an das Amtsgericht wenden. Gegen die Strafen ist Berufung an das Plenum der Aerztekammer statthaft. Von Bezirksvereinen ist in dieser Aerzteordnung nicht die Rede, der Schwerpunkt liegt in der Aerztekammer. Unter Verhältnissen, bei denen Staat und Stadt nahezu zusammenfallen, mag solches auch nach süddeutschen Begriffen angängig erscheinen.

Die preussische Organisation verlegt gleichfalls ihren Schwerpunkt in die Aerztekammern; den in Preussen thatsächlich vorhandenen Vereinen ist keine Stellung eingeräumt in der staatlichen Organisation des ärztlichen Standes. Alle im Kammerbezirk wohnenden Aerzte haben zu dieser Kammer actives und passives Wahlrecht und unterstehen deren Disciplinargewalt, gleichviel ob sie einem Verein angehören oder nicht. Die temporäre oder bleibende Entziehung des Wahlrechtes und die öffentliche Bekanntmachung dieses Erkenntnisses bildet eine der Strafen dieser preussischen Organisation. Eine derartige, die Bezirksvereine vollständig ignorirende Organisation kann für Bayern nicht in Frage kommen; sie würde alle Verhältnisse, wie sie sich bei uns seit 1871 entwickelt haben, vollständig auf den Kopf stellen.

Das sächsische Gesetz vom Jahre 1896 belässt den Schwerpunkt in den Bezirksvereinen und überträgt diesen die Disciplinargewalt und die Bildung des Ehrenrathes als erste Instanz. Um aber diese Disciplinargewalt auf alle Aerzte auszudehnen, haben fortan alle innerhalb des betr. Medicinalbezirkes wohnenden und ihre Praxis ausübenden Aerzte dem in Frage kommenden Bezirksvereine als Mitglieder beizutreten. Die vom Ehrenrathe zu verhängenden Strafen sind — falls nicht auf vorläufige Einstellung des Verfahrens oder auf Freisprechung erkannt wird — 1. Warnung, 2. Verweis, 3. Geldstrafe von 20 bis 1500 M., 4. Aberkennung des activen und passiven Wahlrechtes zu den vom Verein zu bewirkenden Wahlen, 5. bei Zahnärzten, welche auf ihren Antrag als Mitglieder aufgenommen werden können, auf Ausschluss aus dem Verein. Gegen die Strafen ist Berufung zu dem Ehrengerichtshof zulässig. Derselbe wird gebildet für jeden Regierungsbezirk von einem höheren Verwaltungsbeamten als Vorsitzenden und 4 von den Mitgliedern des Kreisvereinsausschusses gewählten Beisitzern. Erkannte Geldstrafen sind auf Antrag von der Verwaltungsbehörde nach Massgabe der Bestimmungen über Zwangsvollstreckung in Verwaltungssachen beizutreiben.

Der wesentliche Unterschied zwischen dieser sächsischen und der derzeitigen bayerischen Organisation ist, wie schon angedeutet, der obligatorische Beitritt aller Aerzte zu den sächsischen Bezirks-

vereinen gegenüber dem freiwilligen Beitritt und der Möglichkeit der Aufnahmsverweigerung und des Ausschlusses aus den Vereinen in Bayern. — Gelegentlich der Vorberathung im Jahre 1897 haben die Vorsitzenden der Aerztekammern zu dieser Frage bereits feste Stellung genommen; indem sie sich für den obligatorischen Beitritt erklärten.

Nun ist aber wohl zu bemerken, dass wir mit dem obligatorischen Beitritt ein werthvolles Zugeständniss der Staatsregierung leichten Kaufes preisgeben würden, welches uns erst in den letzten Jahren gewährt worden ist. Nach der Verordnung vom Jahre 1871 konnten nur Diejenigen von dem Eintritt in den Verein ausgeschlossen werden, welche die bürgerliche Ehre dauernd oder auf Zeit verloren haben, oder welche sich im Concurs befinden. Es waren aber die Besten unseres Standes, welche von Anfang an gegen diese Bestimmung lebhaften Widerspruch erhoben haben. Die erste Aerztekammer des Jahres 1872 hatte sich wesentlich noch mit organisatorischen Arbeiten zu beschäftigen, aber schon im Jahre 1873 beklagte sich der nun längst verstorbene College Dr Dörfler in Weissenburg, ein anerkannter Rufer im Streit, in der mittelfränkischen Aerztekammer darüber, dass man nun nicht mehr in der Lage sei, einen anerkannt unwürdigen Collegen vom Vereine auszuschliessen. Er stellte desshalb den von der Aerztekammer einstimmig zum Beschluss erhobenen Antrag, dass den Bezirksvereinen wieder das Recht zuerkannt werden soll, Aerzte, welche durch ihr Verhalten sich unwürdig gezeigt haben, nicht in den Verein aufzunehmen, oder wenn sie bereits Mitglieder sind, wieder auszuschliessen. Bei der Neuheit der Organisation war die Staatsregierung nicht in der Lage, hinsichtlich der Aufnahme in den Verein eine Abänderung zu treffen, dagegen erkannte sie rückhalt los, dass der Zweck der ärztlichen Bezirksvereine unter Anderem auch in der Wahrung der Standesehre ihrer Mitglieder besteht und es hienach keinem begründeten Zweifel unterliegen kann, dass diese Vereine befugt sind, nach Massgabe der von ihnen selbst aufzustellenden Satzungen Mitglieder, welche sich ihres Standes unwürdig benehmen, aus dem Vereine auszuschliessen. Hiebei hatte es sein Bewenden bis zum Jahre 1895. Aber gerade das Bestehen dieser lästigen Bestimmung war ein Hauptbeweggrund für die allseitig angestrebte Revision der Verordnung vom Jahre 1871. Es wurde von allen bayerischen Aerzten mit Freuden begrüsst, dass durch die revidirte Verordnung vom Jahre 1895 den Vereinen das Recht zugesprochen wurde, den Eintritt in den Verein oder das Verbleiben in demselben auch Denjenigen zu versagen, welche sich des ärztlichen Standes unwürdig gezeigt haben und ein gedeihliches Zusammenwirken im Verein nicht erwarten lassen. Es ist eigentlich, jetzt, nach wenigen Jahren, das gerade Gegentheil, den obligatorischen Beitritt zu verlangen. Es ist klar, dass mit dem obligatorischen Beitritt auch die Möglichkeit wegfällt, einen unwürdigen Collegen aus dem Verein zu entfernen. Denn mit der Entfernung wäre er der Disciplinargewalt wieder entrückt, somit für Lebenszeit exlex. Ganz konsequenterweise kennt Sachsen den Ausschluss aus dem Verein nur gegenüber den freiwillig zugehenden Zahnärzten.

Ich trete sicher Niemand zu nahe, wenn ich den Antrag auf obligatorischen Beitritt als Verlegenheitsantrag bezeichne. War es doch kein Geringerer, als Medicinalrath Dr. G. Merkel in Nürnberg, der bei der Kammerverhandlung des Jahres 1897 zugab, es müsse von 2 Uebeln das geringere gewählt werden; das geringere Uebel sei aber der Zwangsbeitritt nach sächsischem Muster gegenüber der Verlegung des Schwerpunktes in die preussischen Wahlkammern.

Wie haben sich nun die Kammern des Jahres 1897 zu der Frage gestellt? Rückhaltslos haben nur Oberbayern und Niederbayern für den obligatorischen Beitritt gestimmt. Mittelfranken erachtet letzteren als das kleinere Uebel. In Schwaben war die Stimmung getheilt und schwankend. Oberfranken und Unterfranken haben zur Sache überhaupt noch nicht Stellung genommen. Dagegen haben sich Pfalz und Oberpfalz entschieden gegen den obligatorischen Beitritt ausgesprochen insoferne, als die Oberpfalz in geradem Gegensatz zu Mittelfranken gegenüber dem obligatorischen Beitritt den gegenwärtigen Modus der preussischen Organisation für den besseren hält, und als die pfälzische Aerztekammer der Ansicht ist, dass die Unterstellung aller Aerzte unter eine gemeinsame Standesordnung erfolgen solle und könne, ohne den Beitritt zu den Bezirksvereinen obligatorisch zu machen, eventuell wäre sie nur dann für den obligatorischen Beitritt, wenn den Bezirksvereinen ihr jetziges Recht zum Ausschuss eines Mitgliedes gewahrt bleibe.

Bei solcher Sachlage erscheint es geboten, allen Ernstes die Frage zu erheben, ob es denn im Rahmen unserer derzeitigen ärztlichen Organisation gar keinen Weg gebe, eine für alle Aerzte giltige Standesordnung zu erlassen, ohne zwischen der Scylla und Charybdis des sächsischen und preussischen Systems wählen zu müssen.

Hofrath Dr. Brauser in Regensburg hat im Februar d. J. (Münch. med. Wochenschr. No. 7) sich dahin ausgesprochen, dass es denn doch möglich wäre, die Bezirksvereine territorial genau abzugrenzen, ihnen alle in diesem Bezirke prakticirenden Aerzte disciplinarisch zu unterwerfen, ihnen aber das Recht zu geben, über die Aufnahme eines jeden Collegen durch Abstimmung zu entscheiden und unwürdige Aerzte vom Vereinsleben fern zu halten. Es wäre möglich, den ausserhalb der Vereine bleibenden Collegen das Wahlrecht zu den Aerztekammern zu verleihen wie in Preussen, und die Entziehung dieses Wahlrechts unter die strafrechtlichen Bestimmungen aufzunehmen. Gewiss würde jeder anständige Arzt es für Ehrensache halten, Mitglied eines Bezirksvereines zu werden.

Ich selbst habe mich bereits im Jahre 1896 mit der Frage beschäftigt (Münch. med. Wochenschr. No. 37) und neben den nunmehr überholten Vorschlägen zu einer Standesordnung mir erlaubt, Vorschläge in processualer Hinsicht der Discussion der Collegen zu unterstellen.

Ein eigner Abschnitt handelt von den «besonderen Bestimmungen für Aerzte, welche keinem ärztlichen Bezirksvereine angehören», und hier ist Folgendes vorgeschlagen.

Ein Arzt, der keinem ärztlichen Bezirksvereine angehört, ist berechtigt, gegen ein Mitglied eines Bezirksvereines bei dem Schiedsgerichte dieses Vereins klagend vorzugehen.

Dagegen sind Klagen gegen einen Arzt, der keinem ärztlichen Bezirksvereine angehört, mögen sie nun von einem ärztlichen Bezirksvereine, oder von einem einzelnen Bezirksvereinsmitgliede, oder von einem ausserhalb der Vereinsorganisation stehenden Arzte ausgehen, in allen Fällen unter Darlegung der Verhältnisse bei dem ständigen Ausschusse der Aerztekammer schriftlich einzureichen.

Der Vorsitzende des Kammerausschusses hat sodann die Sache zur Untersuchung und Aburtheilung an das Schiedsgericht eines benachbarten, bei der Sache in keiner Weise betheiligten ärztlichen Bezirksvereines zu verweisen.

Das Verfahren vor diesem Schiedsgerichte ist dasselbe wie wenn der Beklagte Vereinsmitglied wäre.

Als Strafen, auf welche das Schiedsgericht erkennen kann, habe ich in Anlehnung an den bisher wohl allenthalben bestehenden Usus und Ausserachtlassung der Geldstrafe nach sächsischem Muster für Vereinsmitglieder vorgeschlagen:

1. vertrauliche Rüge,
2. öffentliche Rüge vor der Versammlung,
3. Antrag auf Ausschluss aus dem Verein, worüber die Vereinsversammluug zu beschliessen hat.

Der den Ausschluss aus dem Verein verfügende Vereinsbeschluss ist überdies nach eingetretener Rechtskraft in einer von der Aerztekammer bestimmten Zeitschrift einmal ohne Angabe von Gründen zu veröffentlichen.

Dem conform sollten für die ausserhalb der Vereine stehenden Aerzte zur Anwendung kommen:

1. vertrauliche Rüge,
2. Rüge mit Bekanntgabe in der nächsten Aerztekammersitzung,
3. geschärfte Rüge unter einmaliger Veröffentlichung des verfügenden Erkenntnisses nach eingetretener Rechtskraft in einer von der Aerztekammer bestimmten Zeitschrift ohne Angabe von Gründen.

Ich komme auf diese bereits vor 2 Jahren gemachten Vorschläge heute desshalb zurück, um zu zeigen, wie das zu erstrebende Ziel auch ohne Zwangsbeitritt zu den Vereinen auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, und erlaube mir zu beantragen, die unterfränkische Aerztekammer möge gleichwie in den Jahren 1894, 1895 und 1896 so auch jetzt wiederholt aussprechen und beantragen:

1. Dass alle bayerischen Aerzte einer gemeinsamen Standes- und Disciplinarordnung unterstellt werden mögen,

dabei aber zugleich ihrer Ueberzeugung Ausdruck zu verleihen,

2. dass dieses Ziel erreichbar sei ohne Zwangsbeitritt aller Aerzte zu den Bezirksvereinen und unter voller Aufrechterhaltung der seit 27 Jahren bestehenden Organisation des ärztlichen Standes mit freiwilligem Beitritt zu den Vereinen und der Möglichkeit, unlautere Elemente von diesen Vereinen fern zu halten.

Der Vorsitzende: Schon im Jahre 1894 wurde in unserer Kammer hervorgehoben, dass es bei der bestehenden Organisation unmöglich sei, irgend einen Einfluss auf ausserhalb der Vereine stehende Aerzte zu üben und dass eine Aenderung in dieser Beziehung nur von einer veränderten Organisation zu erwarten sei; damals wurde zum ersten Male der Wunsch nach einer «Aerzteordnung» laut. Dieser Wunsch wurde im folgenden Jahre noch lebhafter. Es sollte damals eine Entscheidung über eine Differenz zwischen einem Bezirksvereine und einem ausserhalb des Vereins stehenden Collegen getroffen werden; bei der zur Zeit bestehenden Organisation war dies absolut unmöglich und gegenüber dieser Unmöglichkeit beschloss damals auf Antrag des Vorsitzenden die Kammer, an die k. Staatsregierung die ergebenste Bitte zu richten:

«Dieselbe wolle auch den Aerzten Bayerns eine Aerzteordnung gewähren (ähnlich gestaltet wie die Rechtsanwaltsordnung vom Jahre 1878), welche Alles auf die ärztlichen Verhältnisse Bezügliche enthält, welche Rechte und Pflichten der Aerzte feststellt, die Thätigkeit der Disciplinargerichte über alle Standesgenossen, sowie das Umlagerecht und die Cassenverhältnisse der Aerztekammern regelt und bei Ausarbeitung einer solchen Aerzteordnung die Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung in Anspruch nehmen.

Wenn man der Ansicht ist, eine Aerzteordnung sei wegen Entgegenstehens der Gewerbeordnung zur Zeit nicht zu erlangen

(allerdings besteht aber die Hamburger Aerzteordnung neben der Gewerbeordnung) dann bieten die Bruglocher'schen Verträge einen guten Mittelweg zwischen den jetzt bestehenden ungenügenden Verhältnissen und dem Zwangsbeitritte zu den Vereinen.

Herr Bruglocher: In Hamburg liegen die Verhältnisse einfacher, da dort Kreis und Staat zusammenfallen.»

Nachdem einige Redner (Zöllner, Roth) Zwangsbeitritt der Aerzte zu den Bezirksvereinen empfohlen hatten, nahm die Kammer die beiden Anträge des Referenten einstimmig an, die Beschlüsse lauten:

1. Die Stellung aller bayerischen Aerzte unter eine gemeinsame Standes und Disciplinarordnung auf dem Wege der Gesetzgebung ist das von allen Aerzten und von der Aerztekammer angestrebte Ziel.
2. Die Kammer ist der Anschauung, dass dieses Ziel erreichbar ist ohne Zwangsbeitritt aller Aerzte zu den Bezirksvereinen und unter voller Aufrechterhaltung der seit 27 Jahren bestehenden Organisation des ärztlichen Standes mit freiwilligem Beitritt zu den Vereinen und der Möglichkeit, unlautere Elemente von diesen Vereinen fernzuhalten.

II. Die Brauser'schen Anträge zur Standesordnung.
(M. med. W. No. 38, 1898.)

Hierüber hatte Herr Lorenz das Referat übernommen.

Die einzelnen vom Referenten vorgeschlagenen Aenderungen finden die einmüthige Zustimmung der Kammer. Es sind folgende:

Zu Ziff. 1 möge an geeigneter Stelle zugesetzt werden: «Religiöses und politisches Verhalten bleiben ausser Betracht.»

Ziff. 2 möge fallen, dafür wenn möglich schon hier ein Satz eingefügt werden, der die Aerztekammer ermächtigt zur Heranziehung der Aerzte zu ärztlichen Wohlfahrtseinrichtungen.

Ziff. 5 statt «ortsüblich» «in einer der Würde des Standes entsprechenden Weise.»

Ziff. 6 fällt Zusatz «ausgenommen etc.»

Ziff. 8 möge folgende Fassung erhalten: Die Bezeichnung Specialist bei Mangel entsprechender Vorbildung ist verboten.

Zu Ziff. 21 möge eingeschaltet werden: dieser persönlich oder schriftlich durch den 2. Arzt davon benachrichtigt wurde.

24 soll das Wort «Behörden» fallen.

39. Zahlungsfähige Kranke unentgeltlich zu behandeln ist verboten.

Blatt 43, 44, 45 nur: Die Regelung der Vertretung der Aerzte unter sich und deren Honorirung ist dem gegenseitigen Uebereinkommen überlassen.

In Ziff. 46 «muss» statt «soll».

Bei den Strafbestimmungen möge nach No. 5, wenn irgend thunlich, der dauernde Ausschluss aus dem Verein hinzugefügt werden.

III. Entwurf einer ärztlichen Gebührenordnung, vorgelegt vom ärztlichen Bezirksverein Nürnberg.

Ueber diesen referirte Herr Roth. Die Kammer erkennt mit dem Referenten die Vorzüge des Entwurfs gegenüber der preussischen und sächsischen Gebührenordnung an und beschliesst: Auf Antrag Bruglocher einstimmig: An hohe Staatsregierung wird die Bitte gestellt, eine neue ärztliche Taxordnung baldmöglichst auszuarbeiten und den einzelnen Bezirksvereinen zur Berathung zu überweisen.

IV. Die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte.

Die Kammer stellt einstimmig die Bitte, im Anschlusse an eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung und der Privatpraxis, möge auch die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte einer Revision und Ergänzung unterzogen werden.

V. Wahlen: Als Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse wird Roeder gewählt, als Stellvertreter: Lorenz.

In den Ausschuss zur Aberkennung der Approbation (Kgl. Allerh. Verordnung vom 27. December 1893) wurden gewählt: Bruglocher, Goy, Engelhardt, Lorenz, Roeder.

Die Commission zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der kgl. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 wird gebildet aus den Herren: Bruglocher, Goy, Engelhardt, Lorenz, (Ersatzmitglieder: Sotier und Roth.)

Alle Cassageschäfte für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger invalider Aerzte übernimmt wieder Herr Dehler.

VI. Der Cassier Dehler erstattet Cassabericht pro 1898, wonach bei 247 Mitgliedern die Einnahmen 247 Mark, die Ausgaben 183 Mark 10 Pf. betragen. Der Vermögensstand ist: 200 M. 50 Pf. Der Cassier erhält von der Kammer Decharge und wird ihm für seine Mühewaltung lebhafter Dank ausgesprochen.

Der Kammerbeitrag für das Jahr 1899 wird wieder auf 1 Mk. pro Vereinsmitglied festgesetzt.

Der Vorsitzende schliesst mit dem Ausdrucke des Dankes an den Herrn Regierungscommissär die Sitzung um 1½ Uhr.

Der Vorsitzende: Roeder. Der Schriftführer: Dehler.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Schwaben und Neuburg.

Augsburg, am 31. October 1898.

Beginn der Sitzung Morgens 9 Uhr.

Anwesende: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Roger als k. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: B.-V. Allgäu: Dr. Riegel, k. Landgerichtsarzt in Kempten und Dr. Wille, k. Bezirksarzt in Markt Oberdorf; B.-V. Augsburg: Dr. Miehr, prakt. Arzt in Augsburg und Hofrath Dr. Troeltsch, prakt. Arzt dortselbst; B.-V. Dillingen: Dr. Sell, k. Bezirksarzt in Dillingen; B.-V. Günzburg-Neuulm: Dr. Waibel, k. Bezirksarzt in Günzburg a. D.; B.-V. Lindau: Dr. Volk, k. Bezirksarzt in Lindau; B.-V. Memmingen: Dr. Holler, k. Bezirksarzt in Memmingen; B.-V. Nordschwaben: Dr. Rohmer, prakt. Arzt in Nördlingen.

Der k. Regierungscommissär eröffnet die Kammer mit einer freundlichen Begrüssung der Delegirten und mit der Mittheilung, dass der k. Regierungspräsident zu seinem Bedauern verhindert sei, die Kammermitglieder sich vorstellen zu lassen.

Sodann verlas der k. Regierungscommissär im Allerhöchsten Auftrage 2 Entschliessungen des k. Staatsministeriums des Innern, und zwar No. 20750 vom 7. October 1898 und No. 20785 vom 10. October 1898, wovon die Kammer Kenntniss nimmt.

Der Alterspräsident Hofrath Dr. Troeltsch dankt dem k. Kreismedicinalrathe für die freundlichen Begrüssungsworte im Namen der Delegirten und spricht zugleich sein lebhaftes Bedauern aus, dass der Wunsch der Delegirten, dem k. Regierungspräsidenten ihre Aufwartung machen zu dürfen, sich diesesmal nicht erfüllen lässt.

Nach Verlesung der Tagesordnung schreitet die Kammer zur Wahl des Bureau, welche mit Stimmzetteln vorgenommen wird und folgendes Resultat ergibt:

Vorsitzender: Hofrath Dr. Troeltsch,
Stellvertreter: Dr. Holler,
Schriftführer: Dr. Miehr,
Stellvertreter: Dr. Sell.

Hofrath Dr. Troeltsch übernimmt den Vorsitz unter dem Ausdrucke des Dankes für das durch die Wahl ihm wiederholt bewiesene Vertrauen und begrüsst die neuerschienenen Delegirten Dr. Wille, diesesmal nicht in Stellvertretung, sondern als Delegirten, und Dr. Rohmer, welcher an Stelle des 20jährigen Kammermitgliedes Dr. Lauber erschienen ist.

Der Vorsitzende spricht sein Bedauern aus, dass Dr. Lauber aus Gesundheitsrücksichten sich veranlasst sah, seine Wiederwahl zum Delegirten abzulehnen, und glaubt im Namen der Delegirten demselben heute für sein so lange Zeit hindurch den Angelegenheiten der Kammer gewidmetes Interesse und für seine lebhaft thätige Mitarbeit den Dank aussprechen und diesen verdienten Veteranen unserer Kammer eines freundlichen und dankbaren Andenkens der Kammer für alle Zeit versichern zu dürfen.

Dem Vorschlage, Herrn Dr. Lauber dieses im Namen der Kammer mitzutheilen, stimmt die Kammer freudigst bei.

Die Kammer tritt nunmehr in die Behandlung der Tagesordnung ein.

I. a) Rechenschaftsbericht des Vorsitzenden des ständigen Ausschusses der vorjährigen Aerztekammern.

b) Im Anschlusse daran Beschlussfassung über Zulassung zu spät angemeldeter Anträge zur Tagesordnung.

Ad a: Da bis gestern keinerlei Anträge weder von Seite des k. Staatsministeriums, noch von Seite der ärztlichen Bezirksvereine an den ständigen Ausschuss gelangt waren, so beschränkte sich die Thätigkeit des letzteren auf den Vollzug der jährlich immer wiederkehrenden Geschäfte.

Zu erwähnen ist nur, dass Berichterstatter der Versammlung der Vorsitzenden der ständigen Kammerausschüsse, welche am 9. October l. Js. in Nürnberg stattfand und bei welcher die Oberpfälzische Kammer allein nicht vertreten war, beiwohnte und das Protokoll der dort gefassten Beschlüsse, welche zur Empfehlung dreier Anträge an sämmtliche bayerische Aerztekammern Veranlassung gaben, umgehend an die Herren Delegirten und Vorsitzenden der schwäbischen Bezirksvereine versandt hat.

Der Berichterstatter legt auch die Gründe dar, welche zur Einsetzung des Antwortschreibens des Herrn Vorstandes der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft von Schwaben und Neuburg vom 5. Mai l. Js. auf die Tagesordnung der diesjährigen schwäbischen Aerztekammer führten. Auch dieses Jahr erlaubte sich Berichterstatter, die Delegirten zur heurigen Aerztekammer auf den 30. October Abends zu einer Vorbesprechung einzuladen, welcher Einladung mit einer einzigen Ausnahme Folge geleistet werden konnte. In dieser Versammlung wurden alle die heutige Kammersitzung betreffenden Angelegenheiten auf das Eingehendste besprochen.

Ad b.: Antrag des Bezirksvereins Nordschwaben, gestellt durch Dr. Rohmer:

«Es sei an die k. Generaldirection der Eisenbahnen die Bitte zu richten, den Aerzten die Benützung der

Güterzüge, soweit dieselben an den Stationen fahrplanmässig halten, in dringenden Fällen wieder zu gestatten. Es ist dies eine Bitte nicht im Interesse der Aerzte, sondern im Interesse der Schwerkranken.»

Dieser Antrag wurde gleichzeitig eingebracht vom Bezirksverein Allgäu durch Dr. Wille mit folgendem Wortlaut:

Der ärztliche Bezirksverein Allgäu stellt an die Aerztekammer von Schwaben und Neuburg pro 1898 den Antrag, sie möge beschliessen, dass ihr Delegirter zum erweiterten Obermedicinalausschusse pro 1898 bei dessen nächster Einberufung eine Aenderung des Erlasses des k. b. Staatsministeriums des Innern vom 21. April 1898, die Benützung reiner Güterzüge zur Beförderung von Personen betr., anrege, und zwar in dem Sinne, dass an das hohe k. Staatsministerium des Innern die Bitte gestellt werde:

«Es möge sämmtlichen Aerzten bei Ausübung ihrer Berufsthätigkeit in dringenden Fällen die ausnahmeweise Benützung reiner Güterzüge, wie sie ihnen in der Instruction für den Fahrdienst auf den k. b. Staatseisenbahnen vom 1. October 1883 §§ 326 und 327 zugebilligt wurde, wieder gewährt werden.»

Diese beiden, in der Hauptsache gleichlautenden Anträge werden in Folge Abstimmung als Punkt XI der Tagesordnung angefügt.

Der Bezirksverein Memmingen bringt durch Dr. Holler folgenden Antrag ein:

«Die Aerztekammer wolle für alle von Cassen, Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen u. dergl. geforderten Gutachten Honorare festsetzen, welche für sämmtliche Aerzte des Kammerbezirkes bindend sind, ähnlich, wie sie es bereits bei den Gutachten für die land- und forstwirthschaftliche Berufsgenossenschaft und die Alters- und Invalidencasse gethan hat.»

Da eine Regulirung des Honorars für sämmtliche in dem Antrage erwähnten Gutachten höchst wünschenswerth erschien, wurde der Antrag einstimmig als Punkt XII zur Tagesordnung zugelassen.

Der Antrag des Bezirksvereins Allgäu, betr. die Honorirung der Invaliditätsatteste, ist nach Mittheilung des Vorsitzenden bereits voriges Jahr von der Aerztekammer der Oberpfalz gestellt und in der ministeriellen Verbescheidung vom 24. Juli d. Js. als Punkt 4 für eine weitere Erwägung vorbehalten worden.

Die Aerztekammer spricht desshalb den Wunsch aus, dass dieser Antrag als gleichfalls von der schwäbischen Aerztekammer dieses Jahres angenommen, bei dieser Erwägung berücksichtigt werde.

II. Cassebericht, erstattet von dem Vorsitzenden des ständigen Ausschusses.

Vermögen 300 M. in $3^1/_2$proc. Pfandbriefen.

Einnahmen:

Activrest	M. 327.43
Mitgliederbeiträge pro 1898 (189 Mitglieder à M. 1.50)	„ 283.50
Zins aus Pfandbriefen	„ 14.—
Summa:	M 624.93.

Ausgaben:

2 Copien des Protokolles	M. 29.75
Druck desselben	„ 38.50
Formulare zur Morbiditätsstatistik	„ 73.50
Diäten für Delegirte	„ 62.60
Ausgaben für Anfertigung und Versendung der Protokolle über die Versammlungen der Vorsitzenden der ständigen Kammerausschüsse seit 1891	„ 19.05
Ankauf eines Pfandbriefes	„ 99.65
Für Porti	„ 5.73
Summa:	M. 328.78.

Abgleichung:

Einnahmen	M. 624.93
Ausgaben	„ 328.78
Activrest	M. 296.15.

Dazu M. 400.— in $3^1/_2$proc. Pfandbriefen als Vermögen.

Es wird beantragt und einstimmig beschlossen, den Mitgliederbeitrag der einzelnen Bezirksvereine bei M. 1.50 per Mitglied zu belassen und M. 100 aus dem Activreste als Pfandbrief anzulegen

III. Bericht des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschuss.

Nachdem in der Vorbesprechung der Delegirten von Dr. Holler ausführliche Mittheilung schon erstattet wurde, nimmt der Vorsitzende Veranlassung, für diese Mittheilung, sowie für die Vertretung der Kammer Herrn Dr. Holler den Dank auszusprechen.

IV. Berichte der Delegirten über den Stand und die Thätigkeit ihrer Bezirksvereine.

Bezirksverein Allgäu: Im Laufe des Jahres 1898 wurden je eine Vereinsversammlung in Kempten und Kaufbeuren abgehalten, die sich einer regen Theilnahme zu erfreuen hatten und in welchen hauptsächlich über Vereins- und Standesangelegenheiten, insbesondere Standes- und Ehrengerichtsordnung, eingehend verhandelt wurde. Der Verein zählt zur Zeit 49 Mitglieder. Während des Jahres sind 2 Mitglieder eingetreten. 1 Mitglied hat seinen Austritt erklärt. Vorsitzender: Dr. Ott, kgl. Bezirksarzt in Kempten; Schriftführer: Dr. Englhardt, Bahn- und Krankenhausarzt in Kaufbeuren; Cassier: Dr. Krafft, Augenarzt in Kempten.

Delegirte zur Aerztekammer: Dr. Riegel, k. Landgerichtsarzt in Kempten und Dr. Wille, k. Bezirksarzt in Markt Oberdorf.

Bezirksverein Augsburg: Derselbe zählt zur Zeit 43 Mitglieder, davon 30 in Augsburg und 13 ausserhalb Augsburg.

Ausgetreten sind wegen Wegzuges in einen anderen Kreis: Dr. Stadler von Altomünster und Dr. Martin von Schwabmünchen.

Neueingetreten sind: Dr. Pfeiffer, prakt. Arzt in Augsburg, Dr. Höchtl, prakt. Arzt in Biberach, Dr. Georg Zott, prakt. Arzt in Göggingen.

Der Verein hielt 2 Sitzungen zur Vornahme der Wahlen und Erledigung der Geschäfte. Die wichtigsten Berathungen bildeten die Anträge, welche für die diesjährige Aerztekammer eingebracht werden sollen. Die wissenschaftlichen Vorträge, casuistischen Mittheilungen, mikroskopischen und pathologischen Demonstrationen finden, wie schon öfters erwähnt, im Augsburger ärztlichen Localvereine statt.

Vorstand: Hofrath Dr. Troeltsch, prakt. Arzt; Schriftführer: Dr. Miehr, prakt. Arzt, und Cassier: Hofrath Dr. Lindemann, prakt. Arzt, sämmtliche in Augsburg.

Bezirksverein Dillingen: Derselbe besteht aus 15 Mitgliedern. Neu eingetreten ist im Laufe des Jahres der prakt. Arzt Dr. Reichenbach aus Altomünster; gestorben ist im September curr. der k. Bezirksarzt a. D. Dr. Sauter in Wertingen.

Es fanden 3 Versammlungen statt, 2 in Dillingen und 1 in Tapfheim. Dieselben waren zahlreich besucht und bildeten zunächst vereinsgeschichtliche Angelegenheiten, dann Austausch von Erlebnissen in der Praxis und dann eine Berathung über den Entwurf der bayerischen ärztlichen Gebührenordnung den Gegenstand der Vereinsverhandlungen.

Die Vorstandschaft besteht aus: dem Vorsitzenden Dr. Sell, k. Bezirksarzt in Dillingen, dem Cassier Dr. Schweinberger, k. Bezirksarzt in Wertingen, und dem Schriftführer Dr. Wolff, prakt. Arzt in Dillingen.

Bezirksverein Günzburg-Neuulm: Zahl der Mitglieder: 20. — Gestorben: k. Bezirksarzt Dr. Riederer in Krumbach; ausgetreten: Dr. Doederlein in Leipheim; eingetreten: k. Bezirksarzt Dr. Vogler in Krumbach, Dr. Wetzler in Weissenhorn und Dr. Kemmler in Leipheim.

Vorsitzender: k. Bezirksarzt Dr. Waibel in Günzburg; Cassier: Dr. Morian in Neuulm.

Der Verein hielt pro 1897/98 zwei officielle Hauptversammlungen, abwechselnd in Günzburg und Neuulm, und ausserdem zwei nicht officielle, örtlich enger begrenzte, ärztliche Kränzchen in Burgau und Weissenhorn ab.

Verhandlungsgegenstände der Versammlungen waren: Mittheilung des Einlaufes; Besprechungen und Berathungen von Standes- und Vereinsangelegenheiten, insbesondere wiederholte Berathung der Standes- und Ehrengerichtsordnung, sowie der neuen Gebührenordnung (Nürnberger Entwurf); auszugsweise Mittheilung der amtsärztlichen Jahresberichte pro 1897; Berichterstattung über die schwäbische Aerztekammer, den XXVI. Deutschen Aerztetag; wissenschaftliche Besprechungen aus der Praxis für die Praxis.

Bezirksverein Lindau: Mitgliederzahl: 20. — Vorstand: Dr. Volk, k. Bezirksarzt; Cassier und Schriftführer: Ad. Kimmerle, prakt. Arzt.

Im Berichtsjahre 1898 fanden 2 Hauptversammlungen statt; im Frühjahre (18. Mai) in Lindau, im Herbste (21. September) in Weiler. Gegenstand der Besprechungen waren Vereins- und Standesangelegenheiten, Regierungsvorlagen etc.

Ausserdem vereinigten sich die Collegen der Stadt und nächsten Umgebung mehrmals im Winter in der Stadt, im Sommer in Wasserburg.

Der Abgang an Mitgliedern war 1; der Zugang 1.

Bezirksverein Memmingen: Derselbe zählt gegenwärtig 22 Mitglieder, die sich im Jahre 1898 viermal versammelten. Drei dieser Versammlungen waren ordentliche und fanden statt am 26. März, 28. Mai und 8. October; eine ausserordentliche Versammlung wurde am 18. Juli abgehalten.

An diesen Versammlungen betheiligten sich 10 Mitglieder, davon 4 an sämmtlichen, 1 an drei, 1 an zwei und 4 an je einer Versammlung. Sehr bedauerlich ist die in diesen Zahlen sich ausdrückende Gleichgiltigkeit vieler Mitglieder gegen das Vereinsleben. Nur etwa durch dasselbe erreichte Vortheile lässt man sich willig gefallen.

Die Aufgaben, mit denen sich die Theilnehmer der Versammlungen beschäftigten, umfassten den ganzen Kreis ärztlicher Standesinteressen. Demonstrirt wurden durch die Collegen Dr. Schwarz und Dr. Moser 2 Kranke mit Magenfisteln, deren Anlegung in dem einen Falle durch Speiseröhrenverengerung nach Aetzung, im anderen Falle durch solche in Folge Carcinoms nothwendig geworden war. Lebhafter Ideenaustausch über Fälle aus der Praxis

fand auch bei dem, dem officiellen Theile folgenden geselligen Beisammensein statt.

An der Herstellung der Morbiditätsstatistik des Kreises Schwaben und Neuburg betheiligten sich 12 Mitglieder.

Bezirksverein Nordschwaben: Derselbe zählt zur Zeit 22 Mitglieder.

Am 22. Mai 1898 fand unter zahlreicher Theilnahme eine animirt verlaufene Abschiedsfeier für den um den Verein hochverdienten langjährigen Vorstand, k. Bezirksarzt Dr. Gattermann, der, in den Ruhestand getreten, nach München übersiedelte, statt, wobei demselben eine hübsche Cassette mit den Bildern sämmtlicher Vereinsmitglieder überreicht wurde.

Die 52. Vereinsversammlung fand am 17. Juli in Donauwörth statt. Den 1. Punkt der Tagesordnung bildete die Rechnungsablage und die Neuwahl des Vorstandes. Der bisherige Delegirte, k. Bezirksarzt Dr. Lauber, wurde einstimmig zum Vorstande gewählt und nahm die Wahl unter der Bedingung an, dass er das Amt eines Delegirten zur Kammer niederlegen dürfe, da er aus Gesundheitsrücksichten eine Wiederwahl ablehnen müsse.

Zum Delegirten wurde hierauf Dr. Rohmer, prakt. Arzt in Nördlingen, gewählt, zum Schriftführer und Cassier Dr. Schmid in Donauwörth.

Gegenstände der Verhandlungen waren: der Antrag des Vereines Südfranken, betr. Gutachten für die land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften, der, als den Verhältnissen des Kreises Schwaben nicht entsprechend, abgelehnt wurde; ausserdem der Antrag des Bezirksvereins Nürnberg, betr. Erhöhung der Taxen.

Der aus dem Vereine ausscheidende frühere Vorstand, Bezirksarzt Dr. Gattermann, wurde zum Ehrenmitgliede erwählt. Zum Schlusse hielt Dr. Schmid von Donauwörth einen Vortrag über Sanatorien und Volksheilstätten.

Die Herbstversammlung (53. Vereinsversammlung) wurde am 13. October abgehalten. Nach einem von dem Vorstande, k. Bezirksarzt Dr. Lauber, gegebenen Referate über die letzten Versammlungen wurde die Verbescheidung der k. Staatsregierung auf die Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern mitgetheilt und erörtert.

Hierauf wurde das Resultat der Vorbesprechung der Vorsitzenden der ständigen Kammerausschüsse in Nürnberg mitgetheilt und im Anschlusse daran insbesondere über die Brauser'schen Anträge zur Standesordnung und über den Nürnberger Entwurf einer Gebührenordnung berathen, wobei derselbe allgemeinen Anklang fand.

Zum Schlusse hielt Dr. Heissler einen Vortrag über «Uterusruptur» und demonstrirte Dr. Schmid einige interessante Knochenpräparate.

V. Mittheilung des Einlaufes.

Die Verbescheidung des k. Staatsministeriums des Innern, betr. die Verhandlungen der Aerztekammern 1897, wurde von dem Vorsitzenden vorgelesen und zur Besprechung gestellt.

Hiezu ergriff Niemand das Wort.

Von dem übrigen Einlauf haben die Delegirten Einsicht genommen und zu keinerlei Aeusserung sich veranlasst gesehen.

Der Vorsitzende spricht dem k. Bez.-Arzte Dr. Böhm in Neu-Ulm den Dank der Kammer für die Zusendung eines gebundenen Exemplares der Morbiditätsstatistik für den Kreis Schwaben und Neuburg pro 1897 aus.

VI. Staatliche Organisation des ärztlichen Standes in Bayern

Zu diesem Punkte der Tagesordnung, sowie den folgenden 2 Punkten VII und VIII liegen Anträge vor, welche die Versammlung der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse sämmtlicher bayerischer Aerztekammern zur Annahme empfohlen hat.

Diese 3 Anträge wurden in der Vorbesprechung der Delegirten einer eingehenden Berathung unterzogen. Auf Grund derselben fand der Antrag:

> «Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass in Bezug auf den Beschluss im vergangenen Jahre in den Aerztekammern von einander abweichende Anschauungen zu Tage getreten sind und mit Rücksicht auf die Thatsache, dass demnächst diese Angelegenheit im erweiterten Obermedicinalausschusse zur Berathung und Beschlussfassung kommen wird, ist es wünschenswerth, dass die Aerztekammern sich nochmal dahin aussprechen, dass die Stellung aller bayerischen Aerzte unter eine gemeinsame Standes- und Disciplinar-Ordnung auf dem Wege der Gesetzgebung das von allen Aerzten und Aerztekammern angestrebte Ziel ist»

ohne weitere Discussion einstimmige Annahme.

VII. Die Brauser'schen Anträge zur Standesordnung. (Münch. med. Wochenschr. No. 38, 1898).

Zu diesem Punkte spricht die Aerztekammer sich dafür aus, dass zu Ziffer 1 an geeigneter Stelle zugesetzt werde: «Religiöses und politisches Verhalten ausgenommen».

Ziffer 2 möge als unerlässlich und selbstverständlich stehen bleiben.

Zu Ziffer 8 möge es heissen: «Wer sich als Specialist bezeichnet, soll anderweitige Praxis nicht betreiben.»

Ziffer 11 möge der Ehre des Standes halber unverändert stehen bleiben.

Ziffer 25 u. 31 seien eigentlich selbstverständlich, mögen aber belassen werden, um Missverständnisse auszuschliessen.

Den Strafbestimmungen wolle, wenn irgend thunlich, der Ausschluss aus dem Vereine hinzugefügt werden (zwischen No. 5 u. 6).

Die Aerztekammer sieht sich aber gleichwohl veranlasst, auf das Protokoll der vorjährigen Kammer hinzuweisen, in welchem die differirenden Anschauungen einzelner Bezirksvereine ausdrückliche Erwähnung fanden.

VIII. Entwurf einer ärztlichen Gebührenordnung, vorgelegt von dem Bezirksverein Nürnberg.

Hiezu beschliesst die Kammer einstimmig:

Die Gründe, welche im vorigen Jahre zu dem Antrage führten, dass bei einer Revision der Gebührenordnung für die Aerzte Bayerns v. J. 1875 die preussische Taxordnung vom 1. Jan. 1897 so vollständig als möglich derselben zu Grunde gelegt werden möchte, werden auch heute noch aufrecht erhalten.

Da aber der vom Bezirksvereine Nürnberg vorgelegte Entwurf einer ärztlichen Gebührenordnung, welcher den Aerzten erst in diesem Jahre zur Kenntniss gelangte, in Bezug auf die Einleitung und die allgemeinen Gesichtspunkte manche Verbesserung gegenüber der preussischen und auch der sächsischen Gebührenordnung aufweist, so sieht sich die Kammer veranlasst, auch diesen Entwurf zu einer Mitberücksichtigung bei einer Revision der Gebührenordnung zu empfehlen.

Auch stellt die Aerztekammer an die Staatsregierung die Bitte, dass im Anschlusse an eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung in der Privatpraxis auch die Gebührenordnung für ärztliche Amtsgeschäfte einer Revision und Ergänzung unterzogen werde, da deren Bestimmungen weder mehr zeitgemäss noch vollständig seien.

IX. Das Antwortschreiben vom 5. Mai 1898 des Vorstandes der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft von Schwaben und Neuburg.

Zu diesem Punkte der Tagesordnung ertheilte der Vorsitzende dem Herrn Dr. Holler das Wort zur Erstattung des von ihm über diesen Gegenstand übernommenen Referates.

Herr Dr. Holler führt Folgendes aus:

Die schwäbische Aerztekammer hat 1897 einstimmig den Antrag des Bezirksvereins Allgäu angenommen, welcher lautete:

> «Es möge seitens der schwäbischen Aerztekammer bei der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft für Schwaben und Neuburg eine Anregung dahin gegeben werden, dass in Zukunft die Zeugnisse für diese Berufsgenossenschaft gleichmässig mit 5 M. honorirt werden.»

Der ständige Ausschuss der Kammer hat nun unterm 27. November 1897 diesen Kammerbeschluss dem Vorstande der genannten Berufsgenossenschaft zur Kenntniss gebracht und darauf hin unterm 5. Mai 1898 eine Antwort erhalten, von deren Wortlaut sämmtliche Delegirten bereits Kenntniss genommen haben und von welcher ich mir erlaube, die Hauptpunkte herauszugreifen:

1. Der schwäbischen Aerztekammer wird darin empfohlen, die fragliche Sache selbst noch genauer zu prüfen.
2. Es wird ihr mitgetheilt, dass weder alle schwäbischen, noch überhaupt alle Aerzte über die in Rede stehende geringere Honorirung so dachten, wie die schwäbische Aerztekammer.
3. Es wird behauptet, dass die inhaltvollsten und brauchbarsten Gutachten nicht selten gerade die billigsten gewesen seien.
4. Es wird auf eine in Bälde zusammentretende Conferenz von Vertretern der bayer. land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften hingewiesen, welcher die Frage nach der besten, verlässigsten und billigsten Controle der Rentner zur Berathung vorgelegt werde.
5. Zum Schlusse wird unter ganz allgemein gehaltenem Hinweis auf einzelne Gutachten, die fast Unglaubliches geboten haben, der Wunsch ausgesprochen, die hochgeschätzten ärztlichen Vereine möchten gleichfalls der Frage nach der besten, verlässigsten und billigsten Controle der Rentner näher treten.

Diese Antwort des Herrn Vorstandes der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft wurde vom ständigen Ausschusse der Aerztekammer Herrn Dr. Wille in Oberdorf als Demjenigen mitgetheilt, welcher als Abgeordneter den Antrag seinerzeit eingebracht und motivirt hatte.

Dr. Wille richtete nun über die Anschauungen des Vorstandes genannter Berufsgenossenschaft unterm 13. Mai ein Schreiben an den geschäftsführenden Ausschuss, welches eben-

falls sämmtlichen Delegirten schon in seinem Wortlaute bekannt ist.

Nicht zufrieden damit, diesen seinen Standpunkt nochmal den Collegen und der Kammer gegenüber vertreten zu haben, wendete er sich auch bei sich ergebender Gelegenheit direct an den Vorstand erwähnter Berufsgenossenschaft, Herrn Regierungsrath Schmid und wiederholt in seiner Zuschrift an denselben eingehender und gemeinverständlicher das, was er dem ständigen Ausschusse der Aerztekammer auseinandergesetzt hatte.

Ich hebe die wesentlichen Punkte auch dieses Promemoria heraus.

a) Nach einigen mehr persönlichen Bemerkungen, welche sich auf einen Fall beziehen, in dem die Höhe der Taxation in einer kränkenden Randnote des Vorstandes der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft beanstandet worden war, warnt er diesen, aus einzelnen Vorkommnissen allgemeine Schlüsse zu ziehen und widerlegt die Meinung, als ob die Mehrzahl der Aerzte mit der Herabsetzung des Honorars für wiederholte Gutachten auf 3 M. zufrieden gewesen sei.

b) Verbreitet er sich eingehend über das Verhältniss von Quantität und Qualität der in den beregten Gutachten enthaltenen Leistungen.

c) Weist er darauf hin, wie es den Berufsgenossenschaften möglich sei, auf unzuverlässige Gutachter, deren auch unter den Aerzten welche vorkommen mögen, zu verzichten.

d) Begrüsst er das Bestreben der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften in Bezug auf Acquisition der besten, verlässigsten und billigsten Controle der Rentner.

e) Betont aber auch dem Herrn Vorstand gegenüber, dass das Beste immer das Billigste, das Billigste aber nicht immer das Beste sei.

f) Anknüpfend an die geistigen und Charakter-Eigenschaften, über welche der Arzt als Gutachter in Unfallsachen verfügen muss, wird sodann über die Submission der Stab gebrochen, welche aus dem Vergeben der Gutachten — als Geistesoperationen, die aus exacter Diagnose und verantwortungsvoller Beurtheilung resultiren, — an den Wenigstnehmenden sich ergeben würde.

g) Er fordert, dass die Aerzte, bezw. deren berufene Vertreter — Kammer und Vereine — in dieser Sache auch gehört werden sollen und weist auf das Bedenkliche hin, was eine Regelung derselben durch einseitige Beschlüsse seitens der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften für diese und die Aerzte hätte.

h) Er entschuldigt sein persönliches Vorgehen ohne Auftrag von irgend einer ärztlichen Corporation mit der Besorgniss, dass das in Aussicht stehende einseitige Vorgehen der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften vielleicht unvermuthet bald stattfinden könnte und alsdann weitere Schritte der Aerzte nutzlos wären, wenn sie dem fait accompli gegenüber ständen.

i) Am Schlusse geht er über auf die Schädigung, welche der ärztliche Stand durch die ohne seine Mitwirkung geschaffene Socialgesetzgebung schon erlitten hat und gibt der sicheren Erwartung Ausdruck, dass, soferne die Aerzte die Bewerthung ihrer eigenen Leistungen nicht prostituiren, beide Theile, sowohl sie als die Berufsgenossenschaften, gewinnen werden —

Eine Abschrift dieses umfangreichen und gediegenen Promemoria wurde von Dr. Wille unterm 3. Juni lfd. Jrs. dem Vorsitzenden unserer Kammer mitgetheilt und derselbe unter ausdrücklichem Hinweis auf den durchaus privaten Character des Schreibens um Indemnität des gemachten Schrittes gebeten.

Der ständige Geschäftsausschuss unserer Kammer — und ich schliesse mich auch als Referent unbedingt demselben an — schlägt nun vor, nicht nur Herrn Dr. Wille diese Indemnität zu ertheilen, sondern auch unsererseits neuerdings energisch in dieser Angelegenheit Stellung zu nehmen und zu diesem Behufe uns nachstehender Erklärung anzuschliessen, bezw. dieselbe als Antrag zu genehmigen:

«Nach Kenntnissnahme des Antwortschreibens des Herrn Vorsitzenden der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft von Schwaben und Neuburg vom 5. Mai lfd. Jrs., sowie des Berichtes, welchen Herr kgl. Bezirksarzt Dr. Wille am 27. Mai lfd. Jrs. an genannten Herrn Vorsitzenden gerichtet und in Abschrift dem geschäftsführenden Ausschusse der schwäbischen Aerztekammer mitgetheilt hat, erklärt die Aerztekammer Folgendes: In vorjähriger Kammersitzung haben sämmtliche Delegirte den Antrag des Bezirksvereines Allgäu, dessen Wortlaut am Anfange des Referates bereits mitgetheilt ist, einstimmig für vollkommen berechtigt und zugleich als dringlich zur Vermeidung der von anderen Berufsgenossenschaften aus dem Vorgehen der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft Schwabens zu besorgenden, ja bereits schon versuchten Consequenzen erklärt. Die Delegirten der ärztlichen Bezirksvereine zur Kammer halten sich sowohl für berufen, als auch für unterrichtet genug, um den Anschauungen der Mehrzahl der Mitglieder ihrer Vereine in solchen Fragen den richtigen Ausdruck zu geben.

Sie wussten, dass mit ihnen die Mehrzahl der Mitglieder ihrer Vereine der Ansicht ist, jedes in Sachen der Unfallversicherung vom Arzte verlangte und abgegebene Gutachten, ob dasselbe nun ausführlich oder in wenig Worten zusammengefasst, ein erstes oder wiederholtes ist, sei als Ergebniss einer wissenschaftlichen, durch die Approbation bezeugten Bildung und seiner praktischen Erfahrung zu betrachten und demgemäss zu honoriren.

Die Honorirung eines «motivirten Gutachtens» ist in der vor kurzem in Preussen erlassenen neuen ärztlichen Taxordnung mit 9—30 M. festgesetzt, während daneben «einer kurzen Bescheinigung über Krankheit oder Gesundheit eines Menschen» schon 2—5 M. zuerkannt sind. Wenn das Anfangs von der Berufsgenossenschaft bezahlte Honorar von 10 M. später mit Einverständniss der Aerzte auf 5 M. gleichmässig für alle Gutachten in Unfallsachen herabgesetzt wurde, ob dieselben eine Ausführlichkeit und besondere Mühewaltung benöthigen oder nicht, so entsprach diese Höhe des Honorars immer noch einer dem Wesen der Arbeit gerecht werdenden Würdigung, während hiebei auch die Rücksichtnahme auf die staatliche Institution als einer wohlthätigen Einrichtung vollauf gewahrt blieb.

Die Delegirten sind heute noch vollkommen sicher, dass die Mehrzahl der Vereinsmitglieder diese Anschauung mit ihnen ganz und voll theilt.

Es kann desshalb die, wie es im obenerwähnten Antwortschreiben heisst, nach genauer Beobachtung gewonnene Erfahrung, dass nicht nur die schwäbischen Aerzte in der überwiegenden Mehrzahl für einfache Gutachten über wiederholte Untersuchungen von Rentnern und selbst für erstmalige Gutachten eine Gebühr von weniger als 5 M. verrechnen und schon vor Zeiten berechneten, sondern, dass auch nichtschwäbische und selbst nichtbayerische Aerzte in solchen Fällen nur eine Gebühr von 3 M. in Anrechnung bringen, keineswegs der Kammer als Beweis dienen, dass alle diese Aerzte mit solchem Honorar auch befriedigt waren.

Sicher fügten sich die Meisten nur desshalb in diese Herabsetzung des in Ansatz gebrachten Honorars, weil sie einen persönlichen Protest dagegen für erfolglos hielten und das Vertrauen hegten, diese Angelegenheit werde im Interesse Aller besser und sicherer von Seite der Standesvertretung zur Regelung gebracht werden.

Dass es für die Berufsgenossenschaft vortheilhaft erscheinen müsste, wenn ihr Plan sich verwirklichen liesse, «in Zukunft nur die beste, zuverlässigste und zugleich billigste Controle der Rentner durchzuführen», ist so selbstverständlich, als es wahrscheinlich ist, dass das Gelingen eines solchen Planes unlautere Concurrenz einzelner Aerzte grossziehen würde.

Gegenüber der geradezu schmerzlich für die Kammer anzuhörenden Versicherung des Antwortschreibens, «dass nicht selten Gutachten, welche wegen ihrer Inhaltlosigkeit und ihres Widerspruches mit den thatsächlichen Verhältnissen für die Berufsgenossenschaft nicht verwendbar erschienen, höher von den Ausstellern taxirt würden, als die inhaltvollsten und brauchbarsten Gutachten, und dass einzelne Gutachten schon fast Unglaubliches geboten haben», muss die Kammer ihr lebhaftes Bedauern darüber aussprechen, dass dieser Vorwurf in solcher Allgemeinheit der Aerztekammer und durch sie den ärztlichen Bezirksvereinen entgegengehalten und nicht die thatsächliche Zahl derartiger werthloser Elaborate im Jahre, ja besser mit der Zahl auch die Namen dieser so total unbrauchbaren Beobachter genannt wurden. Der Sache könnte dann von Seite der Kammer oder der einzelnen Bezirksvereine wohl näher getreten werden.

Denn es erscheint nicht undenkbar, dass, wenn es der Berufsgenossenschaft von sich aus nicht gelingen sollte, durch thunlichsten Verzicht auf die Arbeiten solcher unzuverlässiger Aerzte den ihrer Casse und ihren Zwecken erwachsenden Schaden einigermaassen zu verringern, die Kammern oder die Bezirksvereine Beihilfe leisten könnten, insoferne durch sie eine Einwirkung auf die Vereinsmitglieder stattfinde in Bezug auf möglichste Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit bei solchen Gutachten, nicht aber etwa, dass solche Arbeiten gleichzeitig möglichst billig geleistet werden möchten.

In Anbetracht, dass das Antwortschreiben vom 5. Mai eine Conferenz von Vertretern der bayerischen land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften, und zwar in Bälde, in Aussicht stellte, in welcher Conferenz dann auch die in vorjähriger Kammer vom Bezirksvereine Allgäu erhobene Vorstellung zur Sprache gebracht werden sollte, welche als begründet von der schwäbischen Berufsgenossenschaft nicht anerkannt wird, wobei, wenn möglich, die Frage von der besten, verlässigsten und billigsten Controle der Rentner gelöst werden sollte, eine Frage von eminenter Bedeutung für den ärztlichen Stand, ist die Aerztekammer dem Herrn Bezirksarzt Dr. Wille, als dem seinerzeitigen Vertreter des Antrages des Bezirksvereines Allgäu sehr dankbar, dass er schon am 27. Mai, wenn auch privatim und gelegentlich einer privaten Handlung, es auf sich genommen hat, der land-

und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft für Schwaben und Neuburg die Begründung seines damaligen Antrages des Näheren darzulegen und so für eine gebührende, dem Wesen der Arbeit entsprechende, Honorirung der Gutachten in Unfallsachen einzutreten.

Es sei desshalb einstimmig von der Kammer Herrn Bezirksarzt Dr. Wille nicht nur die von ihm erbetene Indemnität für sein persönliches privates Vorgehen in dieser Angelegenheit zuerkannt, sondern auch unter ausdrücklich bestem Danke die volle Zustimmung zu allen Hauptpunkten seines an den Herrn Vorsitzenden der Berufsgenossenschaft gerichteten Schreibens auszusprechen.»

Der Vorsitzende richtete nun die Anfrage an den k. Regierungscommissär, ob von seiner Seite gewünscht werde, dass die beiden, dem Antrage zu Grunde liegenden Schriftstücke, welche zwar sämmtlichen Delegirten im Wortlaute bereits bekannt seien und deren Hauptpunkte im Referate wiedergegeben wurden, aber dem Herrn Regierungscommissär vielleicht unbekannt sein könnten, zur Verlesung gebracht werden sollen.

Der Herr Regierungscommissär lehnte dies ab.

Auf eine Discussion wurde verzichtet, nachdem schon in der Vorbesprechung über diese Angelegenheit eine eingehende Berathung stattgefunden hatte.

Die vorgeschlagene Erklärung sammt Antrag wurde sodann einstimmig angenommen.

Die Kammer beschliesst hiezu, dass das gedruckte Protokoll der gegenwärtigen Kammersitzung mit Bezeichnung dieses Punktes der Tagesordnnng von dem geschäftsführenden Ausschusse seinerzeit der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft für Schwaben und Neuburg zur gefälligen Kenntnissnahme übersendet werden soll.

X. Wahlen nach § 3 Ziffer 2, 3, 4 und 6 der Geschäftsordnung.

Ad 2: Wahl des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse und des Stellvertreters dieses Delegirten.

Bei der voraussichtlichen grossen Wichtigkeit dieser Delegirung für das vorliegende Jahr wird nach Antrag des Vorsitzenden die Wahl des Delegirten diesmal nicht durch Acclamation, sondern durch Stimmzettel bethätigt. Als solcher erhielt Dr. Holler die Stimmen sämmtlicher Delegirten.

Dr. Volk wurde per acclamationem als Stellvertreter gewählt. Beide nahmen die Wahl dankend an.

Ad 3: Wahl der Commission, betr. Aberkennung der ärztlichen Approbation gemäss k. Allerh. Verordnung vom 27. December 1893.

Es wurden per acclamationem gewählt die DDr. Holler, Wille und Riegel, welche die Wahl annahmen.

Ad 4: Wahl der Commission zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der k. Allerhöchsten Verordnung vom 9. Juli 1893.

Gewählt wurden ausser dem Vorsitzenden als Mitglieder die DDr. Miehr und Waibel, als Stellvertreter der letzteren die DDr. Wille und Sell, welche alle die Wahl annahmen.

Ad 6: Die Wahl des Kreiscassiers für den Verein zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte in Bayern.

Herr Dr. Curtius in Augsburg soll unter Dank wieder gebeten werden, diese Function fortzuführen.

XI. Anträge der Bezirksvereine Nordschwaben und Allgäu

betr. die Benützung reiner Güterzüge durch Aerzte in dringenden Fällen.

Zu diesem Antrage bringt Dr. Rohmer folgende Begründung:

Ich motivire diesen Antrag damit, dass die Benützung von Güterzügen bei schweren Entbindungen, Blutungen und Verletzungen für den betr. Patienten von grösster, ja von lebensrettender Wirkung sein kann.

Ferner ist die Ansicht unserer Vereinsmitglieder, dass die k. Generaldirection überzeugt sein darf, dass, wenn Missbräuche vorgekommen sind, diese sicher nicht von Seite der Aerzte erfolgt sind, und dass, wenn die k. Generaldirection geneigt ist, die Erlaubniss zur Benützung der Güterzüge zu ertheilen, diese nur in wirklich dringenden Fällen und mit Vermeidung irgend welcher Betriebsstörungen benützt werden wird.

Bei der hierüber gepflogenen Besprechung führte Dr. Wille die Begründung noch des Weiteren aus und gab als Antragsteller in zweiter Reihe seine ausführliche schriftliche Motivirung lediglich zu den Acten.

Das Resultat der Besprechung war die einstimmige Annahme dieser im Wesentlichen gleichlautenden Anträge.

XII. Antrag des Bezirksvereines Memmingen.

(Siehe oben bei I lit. b.)

Zu demselben trägt Dr. Holler folgende Motivirung vor:

Es sind Versuche bekannt geworden, die Liquidationen von Aerzten für derartige Gutachten auf ein Minimum herabzudrücken, welches weit unter jenem der Medicinaltaxe steht, und zwar unter Berufung darauf, dass anderorts auch nicht mehr honorirt werde.

Es muss dies als bedauernswerth erachtet werden, da

1) hiedurch die Unkenntniss, bezw. Unerfahrenheit einzelner Collegen schmählich zu deren Nachtheil ausgebeutet werden will,

2) die Gefahr nahe liegt, es möchte sich auf solche Weise nach und nach das der Würde des ärztlichen Standes sowohl, als den Interessen der betr. Behörden, Genossenschaften etc. wenig entsprechende System einer Submission herausbilden, bei welchem dem unlauteren Wettbewerbe mancher Aerzte Thüre und Thor geöffnet würde.

Das in dem Antrage ausgesprochene Bedürfniss der Aerzte wurde einstimmig von den Delegirten anerkannt, eine gleichmässige Regelung aber für alle Kreise erforderlich gehalten, wesshalb einstimmig dem Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse der Auftrag ertheilt wird, bei Gelegenheit der Revision der Gebührenordnung für prakt. Aerzte den in dem Antrage enthaltenen Wünschen der Aerzte Berücksichtigung zu erwirken.

Der Vorsitzende schliesst unter dem Ausdrucke des Dankes an den k. Regierungscommissär für die rege Theilnahme an den Verhandlungen die Kammersitzung, worauf Dr. Waibel noch den Dank der Kammer ausspricht für die Bemühungen des ständigen Ausschusses.

Schluss der Sitzung Vormittags 11 Uhr.

Der Vorsitzende:	Der Schriftführer:
gez. Dr. Troeltsch.	gez. Dr. Miehr.